FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE - PARIS

Année 1972 N° 55

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

par

Jean-Charles COFFIN

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 29 Avril 1946 à Paris

*

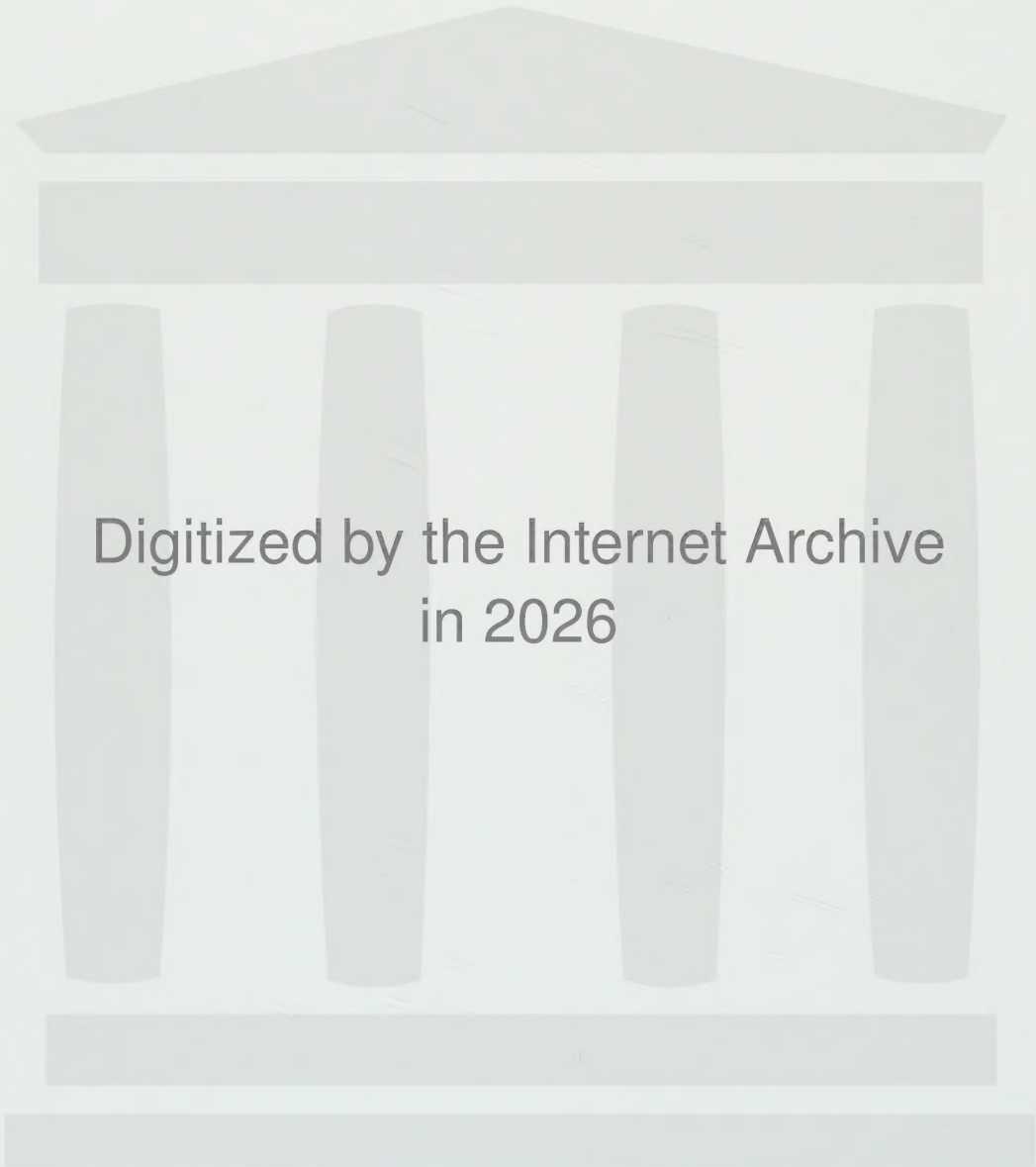
Présentée et soutenue publiquement le _____

*

APPORT DE LA FIBROSCOPIE A L'ÉTUDE DE L'ESTOMAC OPÉRÉ

A PROPOS DE 253 CAS

Président : M. CONTE, Professeur


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550019_0001

FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE - PARIS

Année 1972 N°_____

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

par

Jean-Charles COFFIN

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 29 Avril 1946 à Paris

*

Présentée et soutenue publiquement le _____

*

APPORT DE LA FIBROSCOPIE A L'ÉTUDE DE L'ESTOMAC OPÉRÉ

A PROPOS DE 253 CAS

Président : M. CONTE, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Professeurs titulaires

-:-:-:-:-:-:-:-

MM.	ANDRE R.	Hématologie	
	BRISSAUD H.	Pédiatrie	
	BROCARD R.	Médecine	
	CAROLI J.	Médecine	
	CATINAT J.	Cardiologie	
	CERBONNET G.	Chirurgie	
	CHERIGIE Ed.	Radiologie	
	CHIGOT P.L.	Chirurgie infantile	
	CONTAMIN Fr.	Neurologie	
	CONTE M.	Médecine	
	DAGUET L.	Bactériologie	
	DEBRAY J.	Médecine	
	FLABEAU F.	Chirurgie	
	GERBEAUX J.	Thérapeutique	
	GOSSET J.	Chirurgie	
MM.	HUGELIN A.	Physiologie	
	LAPLANE R.	Pédiatrie	
	LE LORIER G.	Obstétrique	
	LOEPER J.	Médecine expérimentale - Immunologie	
	LOYGUE J.	Chirurgie	
	MAROIS M.	Histologie	
	MERGER R.	Obstétrique	
	MILHAUD G.	Biophysique	
	NICK J.	Neurologie	
	ORCEL L.	Anatomie pathologique	
	PERRAULT M.	Médecine	
	POLONOVSKI Cl.	Pédiatrie	
	POLONOVSKI J.	Biochimie	
	RICHET G.	Néphrologie	
	WOLFROMM R.	Médecine	

Professeurs sans chaire

-:-:-:-:-:-:-:-

MM.	BRICOUT F.	Bactério-Virologie	
	CHALUT J.	Radiologie	
Mme	CHAPUT A.	Stomatologie	
MM.	DUHAMEL G.	Hématologie	
	GIRARD F.	Physiologie	
MM.	GOLVAN Y.J.	Parasitologie	
	LESTRADET H.	Pédiatrie	
	PICARD J.	Biochimie	
	ROUX Ch.	Embryologie	

Maîtres de Conférences

-:-:-:-:-:-:-:-

MM.	AKOUN G.	Médecine
	ARDAILLOU R.	Physiologie
	BAUX S.	Chirurgie
	BOURY G.	Chirurgie
	CHEYMOL G.	Pharmacologie
	CHOUARD Cl.	O. R. L.
	CLOAREC M.	Médecine
Mme	COMBRISSON A.	Hématologie
MM.	COSCAS G.	Ophtalmologie
	DAUTRY P.	Chirurgie
	DECROIX G.	Pneumo-phtisio.
	DELIGNE P.	Anesthésiologie
	DOYON D.	Radiologie
	DRY J.	Médecine
	FOUET P.	Thérapeutique
	GAUTIER H.	Physiologie
	GRUNER M.	Chirurgie infantile
	GUILMET Cl.	Anesthésiologie
	GUIRAUDON G.	Anatomie
	HERMAN D.	Médecine
	HUGUET Cl.	Chirurgie
	HUGUIER M.	Chirurgie
MM.	LASFARGUES G.	Pédiatrie
	LAUGIER A.	Radiologie
	LEVY V.G.	Médecine
	MALAFOSSE M.	Chirurgie
	MENSCH B.	Biophysique
	MERY J.Ph.	Néphrologie
Mme	MIGNON Fr.	Néphrologie
MM.	OPOLON J.	Médecine
	PAQUELIN Fr.	O. R. L.
	PIERON R.	Médecine
	PISSARRO B.	Médecine préventive
	POULET J.	Médecine
	RAMPINI Cl.	Biochimie
	RICHARDET J.M.	Pédiatrie
	ROLAND J.	Anatomie pathologique
	SALAT J.	Obstétrique
	SALMON Ch.	Hématologie
	SANTARELLI J.	Obstétrique
	WARGON H.	Médecine expérimentale
	WEINMANN S.	Biochimie

Enseignants Associés

-:-:-:-:-:-:-:-

Professeur Associé	MM.	BLOCH-MICHEL H.	Rhumatologie
M. C. A. Associé		ELIAKIS Em.	Médecine légale

Enseignants Contractuels

-:-:-:-:-:-:-:-

M. C. A.	M. KIRSCH F.	Physiologie biochimique

Chargés d'Enseignement

-:-:-:-:-:-:-:-

MM.	BENOIST	Rhumatologie	MM.	DUNET	Endocrinologie
	BRUEZIERE	Chirurgie infantile		LOFFREDO	Obstétrique
	CRISTOL	Cardiologie		SALOMON	Rhumatologie

Attachés d'Enseignement

-:-:-:-:-:-:-:-

MM.	CASASSUS	Cardiologie	MM.	HIVET	Chirurgie
	COUVREUR	Thérapeutique		MIGNOT	Neurologie
	DES LAURIERS	Neurologie		SAUVAN	Cardiologie
	GALLOUEDEC	Pneumologie		VANNIER	Pneumologie

A LA MEMOIRE

De mon Père

Le Docteur Charles COFFIN
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

De mes Grands-Pères

Le Docteur Maurice COFFIN
Ancien Interne Lauréat des Hôpitaux de Paris

Le Docteur Jean LAUTIER
Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques

De mon Bisaïeul

Le Docteur Ernest COFFIN
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

De mon Trisaïeul

Le Docteur Emile COFFIN
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
et Lauréat de l'Ecole Pratique

et de ceux de mes ancêtres qui m'ont précédé
dans la carrière médicale

François COFFIN (?-1830)
Médecin à GENLIS

Jean COFFIN
Chirurgien Aide-Major des Mousquetaires Bleus

Charles COFFIN (1705-?)
Chirurgien Major des Mousquetaires Bleus
Médecin du Prince de Condé

A ma Femme,

A mes Enfants,

A ma Mère,

A mes Beaux-Parents,

A mes Frères, et tout particulièrement
à Bernard, dont l'aide me fut précieuse,

A mes Oncles :

Le Docteur Jean LAUTIER,
Le Professeur Agrégé René COFFIN,
Le Professeur Agrégé Gabriel VALLEE,

A tous les miens.

A mes Maîtres dont l'enseignement, au chevet du malade, fut pour moi le plus cher et le plus enviable.

A mes Maîtres d'Internat,
et tout particulièrement

A Monsieur le Professeur Michel CONTE,
Professeur de Clinique Médicale.

C'est dans son service que j'ai découvert la Gastro-Entérologie.
Il a bien voulu me confier ce travail et en accepter la présidence.
Qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude et de mon attachement.

A Monsieur le Professeur Serge BONFILS.

La richesse de son enseignement restera pour moi ineffaçable.

En témoignage de mon profond respect et en remerciement de l'honneur qu'il m'a fait de m'accepter dans son Service.

A Monsieur le Professeur Edouard CHERIGIE,

qui a bien voulu m'initier à la Radiologie,
en remerciement de son enseignement.

A Monsieur le Professeur Agrégé Claude BETOURNE,

qui m'a fait découvrir les charmes de la
médecine interne,
en témoignage de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Raoul KOURILSKY,

A Monsieur le Professeur Jacques LOEPER,

qui ont su m'initier à la rigueur de la clinique,

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A mes Maîtres d'Externat,

Monsieur le Professeur Agrégé Georges THOMERET,
Monsieur le Professeur Maurice BARIETY, in memoriam,
Monsieur le Professeur Pierre SOULIE, in memoriam,
Monsieur le Docteur Pierre CHOUBRAC,
Monsieur le Professeur Paul CASTAIGNE,
Monsieur le Professeur Robert LAPLANE.

A Monsieur le Professeur Paul BERTHAUX,

qui a bien voulu m'accueillir dans son équipe
de la Faculté de la Pitié.

Au Docteur Claude LIGUORY,

Ce travail est non seulement le fruit de son expérience, mais aussi celui d'une collaboration de tous les instants.

Qu'il trouve ici l'expression de mes remerciements et de mon amitié.

A tous ceux qui, au cours de ces années hospitalières,
m'apportèrent quotidiennement leur aide et leur savoir :

Madame le Docteur S. KOURILSKY,
Monsieur le Professeur Agrégé J. ROUFFY,
Monsieur le Professeur Agrégé P. FOUET,
Monsieur le Professeur Agrégé M. DORRA.

Au Docteur Philippe CAPELLE,

Au Docteur Henri LICHTENSTEIN,

dont l'aide et les conseils me permirent
de réaliser ce travail.

A mes Conférenciers,

Monsieur le Docteur Claude DIRADOURIAN,

Monsieur le Docteur Thiérry DENTAN,

Monsieur le Professeur Agrégé Michel HUGUIER.

INTRODUCTION

Les séquelles de la chirurgie gastrique constituent un chapitre important de la gastro-entérologie en raison de leur fréquence et de leur polymorphisme. Bien que les interventions mutilantes tendent à céder la place aux procédés de chirurgie conservatrice, le nombre de patients insatisfaits de leur intervention reste élevé.

L'expérience a appris que les séquelles de la chirurgie gastrique peuvent être classées en deux grands groupes:

Les troubles organiques sont le fait d'une cause précise, souvent grave et qui conduit fréquemment à la réintervention. Ulcères anastomotiques, récidives ulcéreuses gastriques ou duodénales, greffe ou récidive cancéreuses sont des lésions indiscutables, majeures, dont la mise en évidence suffit à orienter la thérapeutique. Par contre la découverte d'une hernie hiatale, d'une gastrite, de lésions inflammatoires d'une bouche d'anastomose si elle peut suffire à expliquer les troubles peut aussi accompagner la découverte de lésions majeures. L'erreur est facile et l'on risque de manquer la lésion réellement responsable.

Les troubles fonctionnels relèvent soit d'un dysfonctionnement du montage réalisé (syndrome de l'anse afférente, syndrome du petit estomac, circulus vicio-sus), soit d'un terrain particulier permettant l'apparition d'un dumping syndrom ou de troubles de la glycorégulation. Quant aux troubles généraux, asthénie, amaigrissement, ils ne font que traduire l'impossibilité pour l'organisme de compenser les perturbations de la fonction digestive que l'intervention a créées.

Rapporter à une cause précise les troubles invoqués, est donc le problème que posent ces patients.

La symptomatologie, souvent très riche, intrique manifestations digestives et signes généraux; elle n'est nullement proportionelle à la gravité des lésions et rend l'orientation clinique quasiment impossible.

Les moyens d'investigation habituels del'estomac et notamment la radiologie sont d'application et d'interprétation beaucoup plus complexes que sur l'estomac non opéré.Les résultats du tubage gastrique sont considérablement faussés par la vidange très rapide et par l'intervention d'un reflux bilio-pancréatique.L'examen radiologique est délicat pour les mêmes raisons de vidange accélérée,par la difficulté d'étude d'un moignon difficile à comprimer,par les modifications apportées par le geste chirurgical.

L'endoscopie classique par endoscope rigide ou semi-rigide a apporté des informations capitales sur la pathologie de l'estomac opéré,mais la difficulté de cet examen et le caractère incomplet de l'investigation limitaient l'importance de l'endoscopie dans le bilan de cette pathologie.

L'introduction d'endoscopes souples à fibres de verre a tranformé l'étude de l'estomac opéré.La possibilité d'explorer la totalité de l'estomac restant et les anses anastomosées,de pratiquer de multiples prises biopsiques font de cette technique un complément obligatoire aux investigations classiques.

La fibroscopie permet des diagnostics beaucoup plus complets et précis,et autorise ainsi la distinction capitale entre troubles organiques et fonctionnels.

Notre but est de préciser,grâce à une expérience portant sur trois années,dans quelle mesure la fibroscopie enrichit l'étude de l'estomac opéré.

MATERIEL ET METHODE

Population

Nous avons retenu dans cette étude les patients ayant subi une intervention gastrique qu'elle soit mutilante ou conservatrice.Nous avons de principe éliminé:

- les interventions pour cure isolée de hernie hiatale, réfection de l'angle de Hiss ou intervention de Niessen qui posent des problèmes très particuliers.
- les sutures simples qui lorsqu'elles sont isolées ne modifient ni la physiologie ni la morphologie gastriques.

En dehors de ces exceptions,peu nombreuses,notre étude rassemble tous les patients opérés de l'estomac ayant eu une fibroscopie,quels que soient les types ou les motifs de l'intervention,quelle que soit la symptomatologie invoquée.

La grande majorité de ces fibroscopies ont été pratiquées dans le service de Monsieur le Professeur CONTE,quelques observations personelles nous ont été confiées par le Docteur LIGUORY.

Un certain nombre de malades ont été récusés lorsqu'il n'a pas été possible de préciser l'évolution des symptomes dans un délai suffisant après la fibroscopie.Toutes nos observations bénéficient donc d'un recul assez long pour qu'une grossière erreur de diagnostic ait pu être corrigée.

Chaque observation comporte:

- une étude clinique dont les éléments ont été receuillis dans le dossier hospitalier.
- une étude radiologique menée d'après la lecture directe des clichés ou en leur absence d'après l'interprétation du radiologue qui les avait pratiqués.
- une étude fibroscopique d'après les données du compte-rendu systématique de l'endoscopiste.

- une étude anatomique,lorsqu'elle a été faite,établie d'après les compte-rendus opératoires ou autopsiques.Nous avons considéré comme documents anatomiques probants les fragments biopsiques prélevés lors de l'endoscopie lorsque leur interprétation ne prête pas à discussion.

Lorsqu'un patient a subi plusieurs interventions nous n'avons considéré que le résultat final des multiples gestes chirurgicaux.

Nous avons tenu compte de la qualité des investigations pratiquées et de leurs éventuels échecs ou accidents.

Nous avons précisé les différents délais séparant chaque épisode de l'observation.

L'ensemble de ces données a été colligé d'après un code systématique reproduit ci-dessous:

CODE OPERES DE L'ESTOMAC

SEXE	
masculin	1
AGE	
10 à 19	2
20 à 29	3
30 à 39	4
40 à 49	5
50 à 59	6
60 à 69	7
70 à 79	8
80 et au delà	9
INTERVENTION PRATIQUEE	
A) MOTIF	
ulcère gastrique	11
ulcère bulbaire	12
ulcère post-bulbaire	13
ulcère anastomotique	14
tumeur gastrique bénigne	15
epithelioma évident	16
epithelioma superficiel	17
lympho-sarcome	18
tumeurs pancréatiques et pancréatites	19
gastrites	20

hémorragie digestive 21
motif inconnu 22
perforation 23
cancer ulcériforme et
ulcère dégénéré 24

B) TYPE

gastrectomie avec anastomose
gastro-duodénale 25
gastrectomie avec anastomose
gastro-jéjunale 26
gastrectomie polaire supérieure 27
gastrectomie totale 28
vagotomie sélective 29
vagotomie tronculaire 30
pyloroplastie 31
gastro-entérostomie 32
antrectomie 33
dégastro-gastrectomie 34
gastrectomie pour exclusion 35
excision 36

CLINIQUE

A) DELAI INTERVENTION CLINIQUE

immédiat 37
moins de 1 an 38
1 à 2 ans 39
2 à 5 ans 40
plus de 5 ans 41

B) MEDICAMENTS

salicylés 42
corticoïdes 43
autres anti-inflammatoires 44
anticoagulants 45
réserpiniques 46
pas de médicament 47
tabac (+ d'un paquet) 48
alcool 49

C) SYMPTOMES

douleurs ulcéreuses 50
douleurs atypiques 51
dumping 52
vomissements alimentaires 53
vomissements bilieux 54
diarrhée 55
dénutrition 56
anémie 57
hypoglycémie 58
syndrome de reflux gastro-
oesophagien 59
dysphagie 60
hémorragie 61
pas de symptomes 62

RADIOLOGIE

A) TECHNIQUE

bonne qualité	66
oesophage mal exploré	67
hernie mal explorée	68
moignon mal exploré	69
bouche mal explorée	70
plus d'une série	71
plus de trois séries	72
bulbe duodénal mal exploré	73

FIBROSCOPIE

A) DELAI

a) delai intervention-fibro

0 à 3 mois	77
3 mois à 5 ans	78
+ de 5 ans	79

b) delai radio-fibro

sans radio	80
avant radio	81
delai de moins d'un mois	82
delai de plus d'un mois	83

B) TYPE D'APPAREIL

axial	84
latéral	85

C) ECHECS

bouche oesophagienne non franchie	88
oesophage non franchi	89
cardia non franchi	90
bouche anast.non franchie	91
intolérance du malade	92
appareil inadapté	93

D) ACCIDENTS

perforation oesophagienne	95
accident de la prémédication	96
pneumopéritoine	97

E) REGION EXPLOREE

bonne exploration	99
oesophage mal exploré	100
corps gastrique mal exploré	101
bouche anast. mal explorée	102
anse afférente mal explorée	103
anse efférente mal explorée	104
calotte tubérositaire mal explorée	105
antre mal exploré	106
bulbe mal exploré	107

BIOPSIE

biopsie pour nature histologique	111
biopsie de principe	112
résultat positif	113
résultat négatif	114

SURVEILLANCE FIBROSCOPIQUE

2 fibroscopies	115
plus de 2	116
persistance des lésions	117
régression des lésions	118
nouvelle lésion	119
pas de lésion	120

DIAGNOSTIC ANATOMIQUE

A)METHODES

intervention	122
autopsie	123
pas d'examen	124

B) DELAI CONTROLE-FIBRO

moins de 15 jours	125
plus de 15 jours	126

NATURE DE LA LESION

ulcère anastomotique	128
ulcère gastrique	129
ulcère duodénal	130
ulcère aigu unique	131
ulcères aigus multiples	132
syndrome de Mallory-Weiss	133
epithelioma évident	134
epithelioma superficiel	135
lympho-sarcome	136
oesophagite	137
reflux gastro-oesophagien	138
hernie hiatale	139
gastrite atrophique	140
gastrite superficielle	141
gastrite hypertrophique	142
gastrite purpurique	143
stomite	144
fils résiduels	145
granulome sur fil	146
gros plis gastriques	147
grêlite	148
reflux bilio-pancréatique	149
reflux dans l'anse afférente	150
sténose de l'anastomose	151
sténose gastrique	152
compression extrinsèque	153
anse afférente mal suspendue	154
bouche de gastro-entérostomie mal placée	155
présence de sang	156
corps étrangers	157
ulcère du pylore	158
oesophagite sténosante	159
varices oesophagiennes	160
tumeur bénigne de l'anse afférente	161
prolapsus jéjuno-gastrique	162
pas de lésion	163
tumeur benigne gastrique	164

DIAGNOSTIC EXACT

par fibroscopie	165
par radiologie	166
par anatomie	167

DIAGNOSTIC DOUTEUX

par fibroscopie	168
par radiologie	169
infirmé par la fibroscopie	170
infirmé par l'anatomie	171
diagnostic incomplet	172

Ce code peut être décomposé en deux parties:

- la première étudie les caractéristiques de chaque malade et les modalités des investigations,
- la deuxième résume l'ensemble des lésions découvertes et précise,grâce à un double codage,la manière dont chacune de ces lésions a été découverte.

Ce double codage nous a permis d'utiliser seulement 160 entrées,alors qu'un codage simple tenant compte de toutes les possibilités diagnostiques de chaque lésion aurait nécessité plus de 680 entrées.

Une telle simplification n'a été possible que par l'utilisation d'un ordinateur seul capable de traiter rapidement ce double codage.

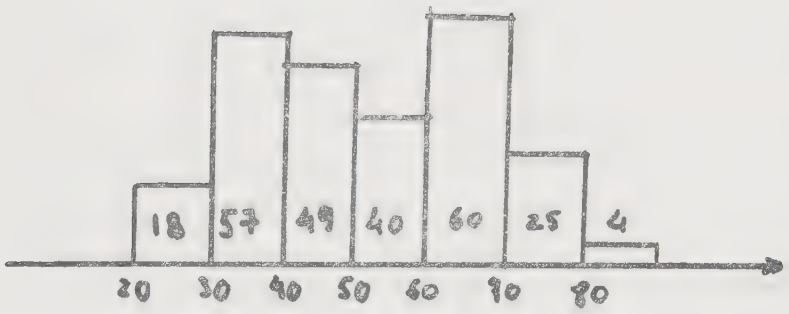
Le progamme a été écrit en langage PL/1.Ona commencé par traiter toutes les données avant les lésions en établissant les corrélations nécessaires,puis chaque lésion a été traitée indépendamment en fonction de ses méthodes de diagnostic.Les corrélations entre lésions ont été ensuite établies cas par cas.

Le programme a été éxécuté sur un ordinateur IBM 370/175.Le temps de traitement a été de 21 secondes.

RESULTATS D'ENSEMBLE

Nous avons recueilli sur 2300 fibroscopies pratiquées de janvier 1969 à avril 1972,253 observations correspondant aux critères précédemment définis.

Sur ces 253 patients:
214 sont des hommes
39 sont des femmes
14 d'entre eux sont décédés



Répartition selon l'âge.

Il y a peu à dire sur cette répartition sinon:

- que les deux pics,30 à 40 ans et 60 à 70 ans,correspondent le premier à l'âge de l'ulcère,le deuxième à l'âge du cancer.
- que la fibroscopie a été pratiquée sans problèmes chez des malades âgés de plus de 80 ans.

Les interventions de ces 253 patients ont été faites en fonction des motifs détaillés dans le tableau suivant:

	Péan	Finst.	Gastr. pol. sup.	Gastr. totale	Vagot. pylor.	Vagot G.E.	Gastr. Enter.	Antrec.	Degas. Gastr.	Excision	Total
Ulcère gastrique	9	10			3		2			2	26
Ulcère bulbaire	17	58			17	23	21	5	1		142
Ulc. post-bulb.		1					1				2
Ulc. anastomot.		2		1					14		17
Tum. gastr. bén.			1					1			2
K évident	12	13	7	3			1	1			37
K superficiel	3	1									4
K ulcériforme	3										3
Lympho-sarcome	1	1					1			1	4
K panc.+pancréatite		2					2				4
Gastrite				1	2						3
Hémorrag.isolée			1								1
Motif inconnu	2	4					2				8
Total	47	92	9	5	22	23	30	7	15	3	253

REPARTITION DES DIFFERENTES INTERVENTIONS EN FONCTION DE LEURS MOTIFS

Il faut préciser en complément de ce tableau:

- qu'un malade avait un ulcère gastrique associé à un ulcère duodénal.
- que deux ulcères duodénaux ont été traités par antrectomie plus vagotomie.

Le motif le plus fréquent est bien entendu l'ulcère bulbaire.

L'intervention la plus fréquente est la gastrectomie des deux tiers avec anastomose gastro-jéjunale type Finsterer ou Polya.Nous n'avons pas distingué dans notre étude ces deux interventions,de même que nous n'avons pas séparé les anastomoses gastro-duodénales type Péan des type Von Haberer.

Les signes cliniques qui motivaient la consultation ou l'hospitalisation étaient très variables:

Douleurs ulcéreuses	31
Douleurs atypiques	138
Dumping syndrome	12
Vomissements	53
Diarrhée	19
Amaigrissement de + de 5kg	80
Anémie	21
Hypoglycémie	4
Syndrome de reflux hiatal	12
Dysphagie	11
Hémorragie	54
Pas de symptomes	8

L'association clinique la plus fréquente était:douleurs atypiques,amaigrissement,vomissements.Elle ne permet aucune orientation diagnostique.

Sur ces 253 patients ayant subi une fibroscopie:

8 n'ont pas eu d'examen radiologique

22 ont eu une radio postérieurement à la fibro.

Sur les 245 examens radiologiques pratiqués:

213 fois l'examen était complet et de bonne qualité

16 fois l'oesophage était mal exploré

6 fois le moignon était mal exploré

10 fois la bouche d'anastomose était mal explorée

23 patients avaient eu plus d'une série de clichés et 5 d'entre eux avaient eu plus de trois séries.

Sur les 253 fibroscopies pratiquées:

122 l'ont été avec un appareil à vision latérale

131 l'ont été avec un appareil à vision axiale

Les appareils à vision latérale ont été utilisés de 1969 à 1971:ils permettent une bonne étude du corps gastrique, mais l'exploration des anses est rarement possible dans de bonnes conditions et l'oesophage reste invisible.Depuis 1971 le relai a été pris par les appareils à vision axiale qui permettent une exploration complète de la bouche oesophagienne au duodénum.Cependant les appareils à vision latérale conservent leur interêt pour l'étude de certaines régions:petite courbure antrale,bouche de gastro-entérostomie.Il peut être nécessaire de compléter une exploration par le fibroscope axial par l'utilisation dans le même temps du fibroscope latéral.

Les examens fibroscopiques ont été pratiqués à une distance variable de l'intervention:

moins de 3 mois	14 cas
3 mois à 5 ans	143 cas
plus de 5 ans	96 cas

La fibroscopie lorsqu'elle était faite après la radio en était séparée par un délai de moins d'un mois dans 203 cas,de plus d'un mois dans 20 cas.

Ces 253 fibroscopies n'ont donné lieu à aucun incident.

203 fois sur 253 soit dans 80% des cas l'exploration fibroscopique a été complète.

le corps gastrique a été mal exploré	dans 3 cas
la bouche anastomotique	dans 11 cas
les anses afférentes ou efférentes	dans 43 cas
la calotte tubérositaire	dans 1 cas
l'antre	dans 7 cas
le bulbe duodénal	dans 23 cas

Ces mauvaises explorations sont diversement associées. Elles sont en règle dues à un appareil inadapté à vision latérale:43 cas sur 50 explorations incomplètes.

Signalons enfin:

- que le cardia n'a pas été franchi dans 5 cas qui correspondaient 4 fois à des cancers envahissant la région.
- que dans 15 cas, l'agitation du malade, l'intolérance à l'air ont gêné voire rendu impossible l'exploration fibroscopique.
- que 11 fois le diagnostic a été incomplet dans la mesure où nous avons eu le sentiment de passer à coté de la lésion.
- que 14 de nos patients ont eu deux ou plus de deux (3 cas) explorations fibroscopiques.

Sur l'ensemble de ces 253 fibroscopies:
109 biopsies ont été pratiquées, chacune comportant plusieurs prélévements.
42 patients ont été réopérés et 3 autopsiés.

Les examens radiologiques et fibroscopiques ont conclu à l'absence de lésion de l'estomac opéré dans 45 cas.

Dans 208 cas il a été mis en évidence une ou plusieurs lésions. Nous les avons regroupées en sept grands groupes différents qui sont étudiés dans les chapitres suivants.

ULCERES ANASTOMOTIQUES

Les ulcères anastomotiques représentent la complication majeure de la chirurgie gastrique.

Survenant après intervention de résection ou de dérivation, ils sont essentiellement dûs à des malfaçons opératoires.

Qu'il s'agisse (MOREAUX et LE QUINTREC)
- d'une résection insuffisante laissant persister une sécrétion acide notable,
- d'un mauvais montage favorisant la stase dans le moignon gastrique,

l'ulcère anastomotique en est la complication la plus importante et la plus grave.

Rarissime est le syndrome de Zollinger-Ellison ; s'il est facilement évoqué à l'heure actuelle, il est rarement affirmé. Nous n'en avons observé aucun cas.

La fréquence de l'ulcère anastomotique est diversement appréciée.

Il est plus fréquent après gastro-entérostomie (5 à 20 %) qu'après gastrectomie partielle (3 à 5 %).

Nous en avons relevé 32 cas.
Ce qui représente 13 % de nos malades.

Mais il faut noter que cette série de 253 patients ne comporte que des sujets suffisamment insatisfaits de leur intervention pour y trouver motivation à consultation et exploration . Ce chiffre de 13 % ne représente donc pas le pourcentage d'ulcères anastomotiques par rapport à l'ensemble des opérés de l'estomac, mais seulement par rapport aux opérés insatisfaits.

Ce chiffre est un peu supérieur à celui obtenu par HILLEMAND qui, sur 103 malades ayant une symptomatologie post-gastrectomie, découvre 10 ulcères peptiques, soit 9,6 %.

Ces 32 ulcères anastomotiques étaient secondaires aux interventions suivantes :

Chirurgie conservatrice :		Totaux
gastro-entérostomie	5	10
gastro-entérostomie + vagotomie	5	
Chirurgie mutilante :		
Finsterer ou Polya	12	
Péan	6	
Dégastro-gastrectomie	3	22
Gastrectomie pour exclusion	1	

Ce qui représente :

- 19,2 % d'ulcères anastomotiques après chirurgie conservatrice (52 cas)
- 12,4 % d'ulcères anastomotiques après chirurgie mutilante.

Ces chiffres confirment bien la plus grande fréquence de l'ulcère anastomotique après gastro-entérostomie. Il faut noter que 3 de nos patients avaient déjà fait un ulcère anastomotique dont ils avaient été réopérés (dégastro-gastrectomie) ; chez aucun d'eux nous n'avons découvert d'argument biologique ou anatomique en faveur d'un syndrome de Zollinger-Ellison.

La fréquence des ulcères anastomotiques après gastrectomie des 2/3 est identique après anastomose gastro-duodénale et anastomose gastro-jéjunale :

6 ulcères anastomotiques après Péan	12,8 %
12 ulcères anastomotiques après Finsterer ou Polya	12,7 %

tients porteurs d'un ulcère anastomotique, se répartissent de la façon suivante :

	Nombre de cas	Pourcentage
Douleurs ulcéreuses	13	40,6 %
Douleurs atypiques	10	31,2 %
Amaigrissements	3	9,3 %
Hemorragie	17	53,1 %
Pas de symptôme	1	3,1 %

Les douleurs ulcéreuses reproduisent une symptomatologie semblable à celle de l'ulcère gastro-duodénal sur estomac entier. On retrouve le caractère rythmé par les repas et la périodicité. La douleur est souvent très intense, plus que celle de l'ulcère banal.

Les douleurs atypiques diffèrent notablement de cette symptomatologie précise : post-prandiales précoces, brèves, souvent peu intenses, elles n'évoquent nullement la présence d'un ulcère anastomotique.

Si l'ensemble des phénomènes douloureux (72 % des cas) est proche de ceux des autres séries (88,6 % pour WYCHULIS sur 360 malades), il nous apparaît important de noter la fréquence importante des manifestations douloureuses atypiques. Près d'une fois sur deux (10 fois sur 23), nos patients présentaient des signes peu intenses, non évocateurs de maladie ulcéreuse, et souvent très proche de ceux rencontrer dans la pathologie dite fonctionnelle de l'estomac opéré.

Les hémorragies représentent le symptôme le plus fréquent : 53,1 % des cas, chiffre en accord avec ceux de la littérature.

Parmi l'ensemble des hémorragies sur estomac opéré, l'ulcère anastomotique représente la cause la plus fréquente de lésion hémorragipare (cf. chapitre Hémorragies).

En définitive, si la symptomatologie clinique est souvent évocatrice (douleurs ulcéreuses, hémorragies), elle est également souvent trompeuse (douleurs atypiques, troubles généraux d'allure fonctionnelle).

Les investigations radiologiques constituent habituellement la deuxième étape du diagnostic.

L'examen radiologique est souvent difficile. Même en utilisant le radio-cinéma, l'ulcère anastomotique est délicat à affirmer.

Les signes en ont été précisés par LAMBLING et GUERET, par GUTMAN.

Le signe direct de l'ulcère : la niche est indiscutable. Encore faut-il ne pas laisser passer les petites niches en spicule, ni les volumineuses niches qui peuvent être prises pour l'anse anastomotique elle-même. La niche doit également être distinguée des récessus muqueux de création chirurgicale (KIEFER et SEDGWICK).

Les signes indirects sont certes évocateurs, mais ne peuvent permettre un diagnostic de certitude. Ce sont les images de gastrite, stomite et surtout de jéjunite. L'association d'un rétrécissement et d'une image bursiforme en regard est très évocatrice (J. MOMBET in MOREAUX et LE QUINTREC).

Ces signes indirects au niveau de l'anse éfférente sont beaucoup plus nets sur le jéjunum que sur le duodénum. A ce niveau, il existe seulement souvent une convergence du plissement. Le diagnostic d'ulcère anastomotique est ainsi plus facile après gastrectomie type Finsterer qu'après gastrectomie type Péan (J. MOMBET).

La quasi totalité des diagnostics radiologiques d'ulcères anastomotiques a été portée sur la découverte

d'une niche. Il faut noter que dans certains cas la niche n'avait pas été vue au cours de l'interprétation des clichés et qu'elle n'a été affirmée qu'en reprenant la lecture des films à la lumière des données de l'endoscopie. Une seule fois a été porté le diagnostic d'ulcère anastomotique sur la présence isolée de signes indirects; ce diagnostic considéré par le radiologue comme douteux a été confirmé par la fibroscopie.

Sur 32 ulcères anastomotiques :

. Diagnostic radio certain	:	19 cas	59,3 %
. Diagnostic radio douteux	:	1 cas	
		20 cas	62,5 %

Parmi les diagnostics certains, 11 fois le diagnostic n'a été fait que par la radio seule, soit 34,3 %. Il faut retenir de ces chiffres que dans 62,5 % des cas d'ulcère anastomotique certain, le diagnostic radiologique a été fait.

Ce pourcentage de succès peut être comparé aux chiffres de la littérature, bien que ceux-ci soient très variables :

Si GIRARD et MONTBARDON estiment que l'ulcère anastomotique est diagnostiqué radiologiquement dans 90 à 100 % des cas, si pour GUTMAN de bons clichés permettent un diagnostic exact dans 98 % des cas, d'autres auteurs sont plus réservés.

C'est justement la difficulté technique de l'examen qui rend plus sceptique HILLEMAND sur ces résultats.

PORCHER estime les erreurs à 20 % des cas.

PERROTIN au 60ème Congrès Français de Chirurgie, a rapporté les statistiques suivantes :

RESULTATS DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE

	Pourcentage de résultats positifs	Pourcentage de résultats douteux	Pourcentage de résultats négatifs
PERROTIN	60 %	26 %	14 %
DENK	50 %	50 %	0 %
DELOYERS	75 %	25 %	0 %
GUENIN	50 %	13 %	37 %
HORTOLOMEI	30 %	50 %	20 %
KOURIAS	80 %	10 %	10 %
LACQUET	50 %	13 %	37 %
PLENK	78 %	17 %	5 %
POILLEUX	40 %	40 %	20 %
RAZEMON	78 %	11 %	11 %
VALDONI	53 %	20 %	27 %
WALLENSTEN	79 %	8 %	13 %
ZENCKER	33 %	22 %	45 %

L'extrême variation de ces chiffres est assez surprenante : de 80 % à 30 % de résultats positifs, variation peut-être explicable par les différences de techniques radiologiques employées ;

de 45 % à 0 % de résultats négatifs.

Ces chiffres, discutables, perdent de leur intérêt en l'absence de comparaison avec une méthode diagnostique formelle.

Seule, en effet, la possession de la pièce opératoire permet dans une certaine mesure de porter un jugement définitif. Il faut bien entendu tenir compte du délai entre l'examen radiologique et l'intervention, ainsi que du contexte clinique, une ulcération traitée pouvant facilement avoir disparu lorsque le patient est opéré.

En tenant compte de ces critères, SCHULMAN, dans une publication récente, donne à notre avis une place plus mesurée, mais aussi plus crédible à l'examen radiologique.

Cet auteur reprend 59 examens radiologiques pour 55 patients dont l'ulcère a toujours été prouvé chirurgicalement :
29 examens concernent une gastro-entérostomie,
30 une gastrectomie partielle.

Les résultats sont les suivants :

Diagnostics certains	26	15 gastrectomie partielle 11 gastro-entérostomie
Diagnostics vraisemblables	13	7 gastrectomie partielle 6 gastro-entérostomie
Diagnostics négatifs	20	8 gastrectomie partielle 12 gastro-entérostomie

En définitive, 44,1 % des diagnostics certains à la suite de l'examen radiologique (et 3 fois sur 26 le diagnostic a été fait uniquement sur des signes indirects),
66,1 % de résultats positifs et vraisemblables.

Il n' y a pas de différence statistiquement valable entre gastro-entérostomie et gastrectomie.

Nos chiffres sont en accord avec les résultats de ce dernier auteur. Nous considérons en effet que la découverte endoscopique de l'ulcère authentifie la lésion au même titre que la pièce anatomique. De même nous rejoignons les chiffres de MOULINIER et Collaborateurs qui, rassemblant 65 ulcères récidivants post-opératoires, ne retrouvent une image radiologique de niche certaine ou vraisemblable que dans 55 % des cas.

On peut donc retenir que l'examen radiologique

permet dans 60 % des cas le diagnostic d'ulcère anastomotique.

Un autre aspect de l'investigation radiologique doit être abordé, c'est celui des faux résultats positifs.

Les sutures chirurgicales créent fréquemment au niveau de l'anastomose, des images pseudo-diverticulaires, des cônes d'attraction, qui peuvent singer l'image de niche. De tels aspects conduisent à poser un diagnostic fallacieux, source de mécomptes thérapeutiques.

La fibroscopie permet un contrôle de ces fausses lésions et redresse ainsi le diagnostic.

C'est ainsi que dans notre série de 253 patients : 10 fois un diagnostic radiologique d'ulcère anastomotique a été infirmé par la fibroscopie. L'intervalle entre l'examen radiologique et la fibroscopie n'a jamais été supérieur à un mois et il n'a jamais été vu de lésions ulcéreuses cicatrisées. Deux de ces patients ont été opérés et l'intervention à conclu à l'absence d'ulcère anastomotique de la bouche ou des anses.

Au total, sur 30 diagnostics radiologiques d'ulcères anastomotiques, 10 ont été infirmés par la fibroscopie et/ou l'intervention.

Ceci représente donc 66,6 % de diagnostics radiologiques confirmés par une autre méthode considérée comme plus sûre.

En résumé, le bilan de l'examen radiologique dans les ulcères anastomotiques se solde en trois chiffres :
- sur 32 ulcères anastomotiques certains :
  . 62,5 % de diagnostics radiologiques
    soit 37,5 % de faux négatifs.

- sur 30 ulcères anastomotiques diagnostiqués par la radiologie :
  - 66,6 % de diagnostics exacts, soit 33,3 % de faux positifs.
- sur 32 ulcères anastomotiques certains :
  - 11 fois le diagnostic préopératoire n'a été fait que par la radiologie, soit 34,3 %.

La fibroscopie gastrique apporte des éléments formels dans le diagnostic de l'ulcère anastomotique.

En effet, l'aspect et le siège de la lésion ne permettent aucune discussion sur sa nature.

Il s'agit d'une perte de substance muqueuse à limites nettes et bien découpées, plus ou moins profonde, mais souvent peu creusante dont le fond blanchâtre est homogène.

La taille est variable de 3 à 4 millimètres dans les petits ulcères jusqu'à 1 ou 2 centimètres dans les ulcères géants.

L'ulcère anastomotique siège tantôt sur le versant gastrique de l'anastomose, tantôt sur l'anse anastomosée. Dans les montages à la Finsterer, l'ulcère siège souvent sur l'éperon qui sépare l'anse afférente de l'anse éfférente.

Le fond blanchâtre de l'ulcération élimine les risques de confusion avec les pseudo-diverticules créés par les sutures. La biopsie du fond de l'ulcère ramène une croutelle fibrino-leucocytaire qui est la signature histologique de l'ulcération.

La vision d'une telle image permet d'affirmer le

diagnostic.

Le problème n'est donc plus celui de l'interprétation d'une image, mais plutôt celui de sa découverte.

La mise en évidence de l'ulcère anastomotique peut être difficile. La lésion peut être camouflée au sein de plis inflammatoires ; l'association fréquente d'une stomite rend difficile le passage de l'anastomose et la vision des ulcères des anses.

L'abord de la lésion est plus difficile, voire impossible avec les appareils à vision latérale. Cependant les fibroscopes à vision axiale ne permettent pas toujours le diagnostic de l'ulcère anastomotique, les difficultés de l'examen pouvant surgir soit d'une intolérance du malade, soit de modifications de la bouche d'anastomose telles que toute vision directe de la lésion est impossible.

Les résultats de la fibroscopie sont les suivants :
- sur 32 ulcères anastomotiques, la fibroscopie a vu de façon certaine un ulcère anastomotique dans :
  . 20 cas, soit 62,5 %
- 12 fois le diagnostic a été fait par la fibroscopie seule,
  . soit 37,5 % des cas.

La fibroscopie a donc méconnu l'ulcère anastomotique 12 fois sur 32.

Les 12 échecs se décomposent de la façon suivante :
- 10 fois l'appareil était à vision latérale inadapté,
- 6 fois l'ulcère siègeait sur l'anse anastomotique et la bouche n'avait pas été franchie,
- 4 fois l'ulcère siègeait sur la bouche mais celle-ci n'avait pû être correctement explorée.

Un appareil à vision axiale, non disponible à l'époque de ces fibroscopies, aurait permis selon toute

vraisemblance le diagnostic.

2 fois malgré un appareil adapté, l'ulcère n'a pas été vu :

- dans un cas l'intolérance du malade à l'air a nécessité l'interruption de l'examen,
- une fois l'ulcère n'a pas été vu alors que toutes les conditions d'une bonne exploration semblaient réunies.

Dans aucun cas le diagnostic fibroscopique d'ulcère anastomotique n'a été infirmé par l'intervention. Nos résultats ne peuvent guère être comparés en raison du très petit nombre de statistiques actuellement publiées. Cependant les chiffres obtenus par MOULINIER et Collaborateurs sont voisins des nôtres :

sur une série de 367 opérés de l'estomac, il a été diagnostiqué 65 ulcères anastomotiques.

La fibroscopie en a fait le diagnostic dans 77 % des cas.

En définitive, la fibroscopie apporte des éléments diagnostics irréfutables (aucun cas infirmé), mais elle laisse échapper un pourcentage non négligeable de diagnostics.

Les échecs de notre série tiennent, dans la très grande majorité des cas, à des difficultés techniques; celles ci sont dûes à une instrumentation inadaptée (appareil à vision latérale). Ces difficultés doivent disparaître grâce aux appareils à vision axiale et à béquillage polydirectionnel.

La constatation d'un seul échec avec appareil à vision axiale va dans ce sens. Malgré cela, la fibroscopie n'atteindra pas la perfection absolue à cause de la possibilité de mauvaises conditions de l'examen : intolérance à l'air, reflux bilio-pancréatique.

En résumé, de cette série de 32 ulcères anastomotiques, on peut dégager les points suivants :

. du point de vue clinique :

- le pourcentage important de manifestations atypiques, 31,2 % des cas.

. du point de vue diagnostique :

- le pourcentage de diagnostics radiologiques exacts, 59,3 % est voisin de celui des diagnostics fibroscopiques 62,5 %.
- l'association fibroscopie radiologie permet de poser le diagnostic dans 96,8 % des cas.
- la fibroscopie infirme dans 33,3 % des cas un diagnostic radiologique vraisemblable.
- le diagnostic fibroscopique n'a jamais été infirmé par l'intervention.
- les échecs de la fibroscopie sont dûs essentiellement à une instrumentation inadaptée.

_ ° _ ° _ ° _

CANCERS

Nous avons regroupé dans ce chapitre tous les cancers survenant sur estomac opéré bien qu'il en existe à l'évidence deux grands types:

- les récidives après intervention pour épithelioma
- les greffes après intervention pour lésions bénignes

En effet si leurs fréquences et leurs étiologies différentes les séparent,leurs manifestations cliniques et leurs problèmes diagnostiques sont les mêmes.Ils sont tous deux reconnus aussi difficilement et aussi tardivement;ils ont tous deux le plus souvent le même pronostic fatal:lorsque l'étape thérapeutique est atteinte la lésion est en général trop évoluée pour permettre une éxérèse à visée curatrice.

Nous avons observé 34 cancers soit 13% de nos patients.Ces 34 cancers se répartissent de la façon suivante:

epitheliomas évidents	31 cas
epitheliomas superficiels	2 cas
lympho-sarcome	1 cas

Nous entendons par"épithelioma évident" des cancers invasifs ayant atteint la sous-muqueuse et la musculeuse,ayant même souvent envahi les organes de voisinage ainsi qu'en témoigne l'intervention qui les montre souvent inextirpables. Le terme d'évident ne signifie pas pour autant que leur diagnostic soit facile.

Malgré leur petit nombre(2 cas) les cancers superficiels doivent être remarqués:il s'agit en effet de formes limitées pour lesquelles on peut réellement espérer une thérapeutique efficace.

L'origine de ces cancers est la suivante:

Type	Greffe	Récidive	Total
Epithelioma évident	12	19	31
Epithelioma superficiel	0	2	2
Lympho-sarcome	0	1	1
Total	12	22	34

22 récidives soit 64,7% des cancers.

Nous avons considéré comme récidive tous les épitheliomas survenant chez des patients déja opérés pour une tumeur gastrique maligne,ainsi que 3 cas dont le diagnostic opératoire était soit inconnu,soit manifestement erroné.Les délais d'apparition de la tumeur maligne et l'histoire clinique étaient bien plus en faveur d'une récidive que d'une greffe.

Nous avons considéré comme greffe cancéreuse les tumeurs malignes survenant chez des patients opérés d'une lésion duodénale(9 cas) ou d'une lésion gastrique considérée a priori comme bénigne et dont l'anamnèse et le délai d'apparition étaient en faveur d'une greffe. La durée de ce délai d'apparition est un point difficile à trancher.Si tous les auteurs considèrent qu'on ne peut parler de greffe qu'après un long intervalle,tous ne sont pas d'accord sur la durée de cet intervalle.Avec DELANNOY et DEBRAY nous avons retenu le chiffre de 5 ans.Cependant nous avons conservé le diagnostic de greffe cancéreuse pour une tumeur survenue trois ans après l'intervention pour ulcère gastrique.

En définitive la fréquence de la récidive cancéreuse est élevée en soi:64,7% des cancers,mais elle est aussi fréquente proportionellement au nombre de patients opérés d'une tumeur maligne:

- 22 récidives pour 48 interventions pour cancer:45,8%

La greffe cancéreuse est rare:

- 12 cas pour 205 interventions pour lésion bénigne:5,8%

Autrement dit un patient opéré pour un cancer gastrique et se plaignant de son estomac a presque une chance sur deux d'avoir une récidive,alors qu'un malade opéré d'une lésion bénigne n'a qu'une chance sur vingt d'avoir un cancer.La disproportion est flagrante.

Cette fréquence des cancers après intervention pour lésion bénigne correspond aux chiffres cités dans la littérature et rapportés par LEVRAT:de 0,4% à 11%.

Les délais d'apparition de la tumeur après intervention sont étudiés dans le tableau suivant. Nous avons tenu compte du délai d'apparition des troubles cliniques qui est plus bref,mais plus authentique,que le délai de diagnostic

Délai d'apparition des Cancers

motif de la 1ère interv.	Récidives			Greffes	
	K évid.	K super.	Lymph.Sar.	Ul.Gas.	Ul.Bul.
immédiat	1	-	-	-	-
moins d'1 an	11	-	1	-	-
1 à 2 ans	2	-	-	-	-
2 à 5 ans	3	2	-	1	2
+ de 5 ans	2	-	-	2	7
Total	19	2	1	3	9
		22			12

Un certain nombre de données doivent être retenues:

- il existe bien deux pics dans la courbe des délais, l'un précoce correspondant aux récidives(13 cas sur 22,soit 59%),l'autre correspondant aux greffes et tardif(9 cas sur 12)
- mais il existe des greffes sur estomac opéré pour lésion bénigne apparraissant avant 5 ans,et la présence de deux lésions certainement bénignes(ulcères duodénaux) justifie le maintien dans cette catégorie d'une greffe après ulcère gastrique dont la bénignité est plus difficile à affirmer.

- mais il existe des récidives tardives après intervention pour cancer évident.VANKEMMEL en rapporte d'ailleurs un cas séparé par un délai de dix ans de l'intervention.

Ces faits posent le problème de l'étiologie du cancer:

A) Dans les récidives cancéreuses deux éventualités sont possibles:

- les récidives précoces,survenant au niveau de la bouche d'anastomose tiennent en règle à une éxérèse insuffisante,la section gastrique passant en plein foyer carcinomateux.Il s'agit alors d'une extension logique de proche en proche,à partir du même foyer cancéreux,inextirpé.
- les récidives tardives peuvent débuter à distance de la bouche d'anastomose.On sait actuellement,grâce notamment aux travaux des auteurs japonais,qu'à côté des tumeurs macroscopiques ilexiste des foyers mitotiques microscopiques au sein d'une muqueuse apparemment saine.Ces foyers,souvent disséminés dans l'estomac,ne sont pas enlevés par la gastrectomie qui passe en tissu sain.Ils continuent à évoluer pour leur propre compte et peuvent se révéler des années plus tard,ayant suivi la longue évolution des cancers gastriques.La connaissance de ces formes justifie à l'heure actuelle l'étude minutieuse,par biopsies étagées,de toute la muqueuse d'un estomac cancéreux avant de décider de l'étendue de la résection.

B) Dans les greffes cancéreuses se pose le problème du facteur favorisant de la gastrectomie.

Si l'origine du cancer de l'estomac opéré reste aussi inconnue que celle du cancer survenant sur estomac entier,certaines causes favorisantes ont pu être avancées(SIURALA,DELANNOY).

Il s'agit essentiellement de la gastrite et de son corollaire habituel,l'achlorhydrie.Nous tenons pour très vraisemblable (cf chapitre gastrites) que la gastrectomie favorise les gastrites plus que les interventions de chirurgie conservatrice (gastro-entérostomies,pyloroplastie et vagotomie).L'observation d'une plus grande fréquence de cancers après chirurgie mutilante est donc un argument en faveur de cette théorie pathogénique.

	chirur. conser.	chirur. mutilante
Greffes	2	10
Nombre d'interv. pour lésion béni.	73	135
%	2,7%	8,8%

La fréquence trois fois plus grande de greffes après mutilation de l'estomac est d'autant plus paradoxale que le risque devrait être diminué en même temps que l'est la surface de l'estomac.Le facteur favorisant de la gastrectomie semble ainsi bien démontré.

Etude Clinique

Les symptomes ressentis par nos 34 patients porteur d'un cancer sur estomac opéré sont les suivants:

Douleur non ulcéreuse	19 cas	55,8%
Vomissements	10 cas	29,3%
Amaigrissement de + de 5kg	22 cas	64,7%
Anémie	8 cas	23,3%

Nous avons rencontré:

1 cas de dysphagie
1 cas de douleurs ulcèreuses typiques
5 cas d'hémorragies
1 cas sans aucune symptomatologie clinique(il s'agit d'une récidive de cancer superficiel dont nous

rapportons l'observation plus loin).

L'altération de l'état général et les douleurs sont les signes les plus fréquents,correspondant en cela à la sémiologie classique(DELANNOY).Les formes dysphagiques sont moins fréquentes qu'on ne s'y attendait. Dues à l'envahissement du cardia elles ne l'accompagnent pas obligatoirement puisque sur 4 cas de cancers envahissant le cardia,la dysphagie n'était présente qu'une seule fois. En général les signes cliniques n'apparaissent que lorsque l'extension cancéreuse est déja importante.

Etude Radiologique

Le diagnostic radiologique des cancers de l'estomac opéré est difficile(DEBRAY).La raison en est la difficulté de l'examen du moignon dont la vidange est rapide et qu'il est souvent impossible de comprimer efficacement sous le grill costal.L'attention est plus souvent attirée par l'étude de la bouche d'anastomose que par celle du moignon(DELANNOY).L'absence fréquente de renseignements sur le type de l'intervention pratiquée peut conduire aux plus étonnantes erreurs,telle celle de prendre une gastro-entérostomie pour un Finsterer.

Les images radiologiques sont de deux types(FONTAINE):

- soit images lacunaires,en demi-teinte,avec infiltration de la paroi gastrique(difficile à étudier au niveau du moignon)
- soit images de sténose siégeant dans la région médio-gastrique ou au niveau de la bouche d'anastomose.

En fait ces images traduisent toujours un cancer étendu,souvent même plus qu'il n'apparait sur les clichés.La radiologie semble incapable de déceler les cancers peu étendus(ainsi qu'en témoigne la répétition des séries avant que le diagnostic ne soit porté).Même dans des formes très étendues le cancer peut passer inaperçu.

Sur notre série de 34 cancers qui ont tous eu au moins un examen radiologique,les résultats de

cette méthode d'investigation sont les suivants:

Diagnostic radio certain 24 cas sur 34 soit 70,5%
Diagnostic radio douteux
confirmé par la fibro 1 cas
25 cas soit 73,5%

Il s'agissait toujours de cancers étendus.5 fois sur 34 (soit 14,7%) la radio a seule permis le diagnostic.

Le diagnostic radiologique de cancer a été posé plus fréquemment,mais dans un nombre important de cas a été récusé par la fibroscopie et la biopsie:

14 fois le diagnostic radiologique de cancer a été infirmé.

En définitive sur 39 diagnostics de cancer il y a eu 35,1% d'erreurs.

Ces suspicions de cancers non confirmés concernent presque toujours des images lacunaires au niveau de la bouche d'anastomose qui parait sténosée ou infiltrée. Il s'agissait toujours de stomites et de granulomes sur fils dont la taille peut être importante et qu'il est quasiment impossible de différencier radiologiquement des bourgeons néoplasiques.En fait ces diagnostics radiologiques de cancer sont moins l'affirmation de la nature d'une lésion qu'une indication à poursuivre les investigations par l'endoscopie. Cette attitude est logique lorsque le patient a été opéré dun cancer et l'excès de diagnostic est dans ce cas un bien. Cependant ces erreurs diagnostiques ont été commises:

8 fois chez des sujets opérés d'un épithelioma

6 fois chez des sujets opérés d'une lésion bénigne

Donc,et même en tenant compte du contexte clinique et de l'anamnèse,les faux diagnostics positifs sont fréquents.

Au total la radiologie a donné les résultats suivants:

73,5% de diagnostics exacts

14,7% de diagnostics uniquement radiologiques

26,5% d'échecs (faux négatifs)
35,1% de faux résultats positifs.

Signalons que nos deux cas de récidive de cancer superficiel ont échappé à l'examen radiologique.

L'ensemble des auteurs est d'accord sur la difficulté d'interprétation de l'examen radiologique. PYGOTT ne fait le diagnostic radiologique de cancer que 6 fois sur 13,comme PACK et BANNER ne le font que dans 50% des cas.Si dans certaines séries(LECOMTE,MONGES etLEGRE) les succés sont beaucoup plus nombreux(22 cas sur 23),il s'agit toujours de formes très étendues.

Etude Fibroscopique

L'examen fibroscopique ne se heurte pas aux mêmes difficultés que l'examen radiologique.Certes il n'est pas toujours techniquement possible,mais les lésions qu'il découvre sont généralement évidentes.

Trois types de lésions peuvent se combiner:

1) L'aspect ulcéro-végétant est le plus fréquent:il existe une ulcération de taille et de formes variables,dont les contours sont plus ou moins déchiquetés.Le fond est vallonné,blanc jaunâtre,inhomogène,parsemé de zones nécrotiques et hémorragiques.L'ulcération est creusée au centre de la tumeur et laisse en périphérie des bords plus ou moins végétants.Cet aspect réalise lorsque le cancer siège sur une face,l'image en lobule d'oreille.Lorsqu'il siège sur une courbure les bords tendent à se rejoindre et créent un aspect en gouttière.Dans tous les cas le diagnostic est évident et dès le premier coup d'oeil on peut affirmer la malignité.

2) L'aspect végétant est un peu moins fréquent: la tumeur occupe une grande partie du moignon;elle est largement implantée sur la paroi.Sa surface est irrégulière, hérissée de végétations,en choufleur.Parfois la surface en est plus régulière,à parois discrétement vallonnée, ce qui ne doit pas pour autant rassurer.

3) Les aspects infiltrants sont les moins fréquents. La muqueuse est épaissie,donnant l'aspect en marche d'escalier à la jonction avec la muqueuse saine.La surface est vallonnée,sa coloration est plus ou moins jaunâtre.Cet aspect est le plus difficile à reconnaitre car l'absence de contractions sur le corps gastrique rend délicate la mise en évidence de l'infiltration.L'oeil peut cependant être attiré par une perte ou une rupture de l'aspect cylindrique habituel.

4) Les aspects mixtes,réunissant ces trois types différents,sont très fréquents:ulcérations multiples, végétations,infiltration s'associent de façon plus ou moins importante pour créer des images indiscutables.

Quel que soit l'aspect endoscopique, deux caractères de grande importance peuvent toujours être notés:

- le saignement facile au moindre contact
- l'induration de la lésion lors de la palpation par la pince à biopsie.

Cependant les conditions de l'examen ou l'aspect des lésions peuvent être responsables d'échecs:

- c'est ainsi que sur 34 cancers le diagnostic a été fait par fibroscopie et/ou biopsie dans
  28 cas soit 82,3%
- 9 fois sur 34(26,4%) le diagnostic a été fait par fibroscopie seule.
- le diagnostic fibroscopique de cancer n'a jamais été infirmé par l'intervention.
- les 6 cas de cancers non vus en fibroscopie se répartissent de la façon suivante:
  a) 5 fois le cancer avait été diagnostiqué par la radiologie: 4 fois le cardia n'a pu être franchi en raison de l'envahissement:les appareils employés étaient deux fois à vision latérale,deux fois à vision axiale.

Dans l'un de ces derniers cas la pince à biopsie a pu franchir le cardia mais n'a pas ramené de fragments néoplasiques.
1 fois le cancer siégeait sur la bouche d'anastomose d'une gastrectomie type Finsterer: l'appareil à vision latérale n'en avait pas permis une bonne exploration.Le diagnostic avait été fait radiologiquement.

b) 1 fois le diagnostic n'a été fait qu'à l'intervention:l'examen fibroscopique avait montré la sténose d'une bouche de gastro-entérostomie.Les multiples biopsies étaient toutes négatives.

Il n'y a donc que 2 échecs vrais de la fibroscopie. L'un d'eux est du à une instrumentation inadaptée, l'autre cas ne pouvait être vu endoscopiquement. Par contre l'impossibilité de franchir le cardia apporte un argument en faveur du diagnostic de néoplasie.

En définitive 32 fois sur 34 la fibroscopie permet le diagnostic direct ou indirect de cancer.

Peu de publications à l'heure actuelle abordent ce problème du diagnostic fibroscopique du cancer de l'estomac opéré,autrement que de façon anecdotique. SARACCO et BALZOLA cependant en rapportent 11 cas vus endoscopiquement dont 2 seulement avaient été diagnostiqués par la radio.

La Biopsie

est le complément indispensable de l'examen fibroscopique.Elle signe le diagnostic,elle peut préciser l'extension de la tumeur grâce aux prélèvements étagés.Les prises biopsiques doivent,comme sur estomac entier, être très nombreuses:une dizaine.

Sur nos 34 cancers les biopsies n'ont pu être pratiquées que 31 fois.Une panne de matériel ayant

interdit 3 fois les prélévements: ces trois cas de cancers étaient endoscopiquement évidents.

Les résultats sont les suivants:

	Nb. de K	Biopsie +	Biopsie -	Total
K évident	31	20	8	28
K superficiel	2	2	-	2
Lympho-sarcome	1	1	-	1
Total	34	23	8	31

Sur les 31 biopsies pratiquées,23 fois le résultat a été positif:74,2%.

Ce pourcentage,relativement faible,diffère notablement des résultats obtenus sur estomac entier:93% de résultats positifs.Il ne semble pas y avoir d'explication logique à cette divergence.

L'importance des biopsies est néanmoins considérable,elles ont permis d'affirmer nos deux cas de cancers superficiels,lésions très limités dont le pronostic est totalement différent de celui des formes habituelles. L'un de ces cas est une observation tout à fait remarquable qui doit être rapportée:

"Il s'agit d'un homme de 69 ans qui en 1966 avait eu une gastrectomie type Péan pour un cancer superficiel de type muco-érosif,et qui en 1971 se plaint d'épigastralgies peu intenses avec conservation de l'état général.L'examen radiologique montre un moignon gastrique et une bouche d'anastomose rigoutreusement normaux.La fibroscopie montre une muqueuse strictement normale,rosée,souple, non hémorragique et ce n'est que sur le contexte de cancer antérieur que l'on fait des biopsies systématiques sur la bouche anastomotique et le long de la petite courbure. Les quatre fragments prélevés montrent des lésions indiscutablement malignes.Sur la foi de ce résultat le malade est opéré et l'on totalise la gastrectomie.

A l'ouverture de la pièce,la muqueuse est macroscopiquement normale et ce n'est qu'à la loupe qu'on peut noter de fines élevures à la limite de la visibilité.L'examen histologique montre un carcinome indiscutable,limité à la muqueuse,n'envahissant pas la musculaire muqueuse.

Il s'agit donc d'une récidive intra-muqueuse dont le diagnostic a été une surprise de biopsie systématique."

Cette observation,unique à notre connaissance,repose entièrement le problème de la surveillance des opérés de l'estomac.Elle démontre à l'évidence que la fibroscopie et les biopsies dirigées systématiques peuvent faire le diagnostic de cancer à un stade très précoce.

- -il ne faut pas se contenter de la vision d'une muqueuse normale pour affirmer l'absence de lésion, mais pratiquer au moindre doute des biopsies systématiques.
- -il faut surveiller régulièrement les opérés pour cancer par la fibroscopie et faire des biopsies de principe.Cette surveillance doit être régulière: par exemple tous les trois mois pendant la première année,puis tous les six mois ultérieurement,qu'il y ait ou non des signes cliniques.

Tel est à notre avis l'intêret de la fibroscopie.Certes elle représente,ainsi que nous l'avons montré,une méthode diagnostique plus fiable que la radiologie car elle montre de façon plus fréquente les cancers évidents.Mais aussi important que soit le diagnostic de ces formes étendues,il est infiniment moins intéressant que celui des formes débutantes.

Si en l'absence d'une symptomatologie, malheureusement tardive et peu évocatrice,il n'est pas possible de fibroscoper et de biopsier tous les opérés de l'estomac,il parait maintenant logique de reconvoquer régulièrement tous les opérés pour cancer afin de les fibroscoper et de pratiquer des biopsies systématiques.

LES ULCERES GASTRIQES ET DUODENAUX

(à l'exclusion des ulcères anastomotiques)

La découverte d'un ulcère gastrique ou duodénal après intervention est peu fréquente.La récidive de la maladie ulcéreuse démontre l'insuffisance du traitement et conduit souvent à une réintervention.Le diagnostic de ces ulcères est souvent difficile en raison des modifications qu'a subi l'estomac.

Nous avons observé 13 cas d'ulcère de Cruveilhier:

8 ulcères gastriques
5 ulcères duodénaux

représentant 5,2% de nos 253 patients.

Ces 13 patients avaient été opérés antérieurement:

11 fois d'ulcères du bulbe
et la récidive ulcéreuse concernait:
6 fois l'estomac
5 fois le duodénum

2 fois d'ulcères gastriques
et il s'agissait les 2 fois de récidive gastrique

Dans tous les cas il s'agissait donc de récidives ulcéreuses,ce qui représente sur 170 patients opérés avec ce diagnostic: 7,6% de récidives.Il est curieux de noter la fréquence des ulcères gastriques suivant une intervention pour ulcère du bulbe:6 cas.

Les interventions réalisées étaient:

	Ulc. Gastr.	Ulc. duodé.	
Finsterer	1	-	1
Vagot.+Pyloro.	2	3	5
Vagot.+Gast.Ent.	1	1	2
Gastr.Ent.isolée	4	1	5
Total	8	5	13

Il y a donc une quasi-totalité de récidive ulcéreuse après chirurgie conservatrice:12 cas sur 13.

Le délai d'apparition de ces ulcères a été:

Délai	Ulc. Gastr.	Ulc. duodé.	
Immédiat	0	0	0
Moins d'1 an	1	3	4
1 à 2 ans	2	1	3
2 à 5 ans	1	1	2
+ de 5 ans	4	0	4
Total	8	5	13

La récidive ulcéreuse n'est donc pas immédiate et survient 4 fois sur 13 plus de 5 ans après l'intervention.

Cliniquement

ces ulcères se sont manifestés 12 fois sur 13 par des douleurs:

- 8 fois il s'agissait de douleurs typiquement ulcéreuses
- 5 fois de douleurs atypiques

1 fois il n'y avait aucun symptome(ulcère gastrique)
2 ulcères gastriques et 2 ulcères duodénaux ont saignés.

Etude Radiologique

1) Dans les ulcères gastriques:8 cas, le diagnostic radiologique a été fait 3 fois.Mais 8 fois le diagnostic d'ulcère gastrique,fait radiologiquement,a été infirmé par la fibroscopie.

La difficulté de ce diagnostic est donc réelle:

- la vidange rapide de l'estomac gêne considérablement la mise en évidence de la niche.
- les images diverticulaires,créées par lessutures

2) Dans les ulcères duodénaux:5 cas deux fois sur cinq le diagnostic a été fait radiologiquement. Il s'agissait dans les deux cas de vagotomie + pyloroplastie. Il n'a pas été vu de fausse image d'ulcère duodénal malgré la difficulté d'interprétation de la région pyloro-bulbaire après pyloroplastie.

Au total:

- 5 fois sur 13 la radio a fait le diagnostic de récidive ulcéreuse
- il y a eu 8 cas de faux diagnostics d'ulcères gastriques

Etude Fibroscopique

Le diagnostic d'ulcère de Cruveilhier est aisé lorsqu'on voit une perte de substance arrondie à fond blanchâtre.Le seul problème est d'aborder la lésion.

Au niveau de l'estomac:

8 fois sur 8 la fibroscopie a montré l'ulcère, elle a toujours fait facilement la distinction entre niche ulcéreuse et image pseudo-diverticulaire.

Au niveau du duodénum:

2 fois sur 5 la fibroscopie a montré l'ulcère, dans ces deux cas l'examen radiologique était normal.

Les 3 échecs de la fibroscopie sont imputables à un appareillage inadapté:appareil à vision latérale.Deux fois le diagnostic a été redressé par la radiologie,une fois par l'intervention seule.

En Conclusion

- les récidives ulcéreuses sont peu fréquentes
- leur diagnostic radiologique est difficile en raison de nombreuses fausses images

- un appareillage fibroscopique adapté donne d'excellents résultats au niveau de l'estomac.L'utilisation de fibroscopes longs devrait permettre d'aussi bons résultats dans le diagnostic des ulcères duodénaux.

Ajoutons que nous avons observé 3 cas d'ulcères aigus,dont 2 multiples.Bien que leur étiologie et leurs circonstances de survenue soient différentes de celles de l'ulcère de Cruveilhier,ils posent le même problème diagnostique.Deux fois le diagnostic a été fibroscopique:exulcération sans fond blanchâtre.Une fois l'intolérance du malade a interdit un examen valable,mais la radiologie a permis le diagnostic.Rappelons(cf chapitre hèmorragie) que ces trois ulcères avaient saigné.

LES GASTRITES

Les gastrites représentent l'un des sujets les plus discutés de la pathologie de l'estomac opéré.

Ceci non pas tant en ce qui concerne leur aspect ou leur fréquence qu'en ce qui concerne leur valeur pathologique et les renseignements apportés par les différents moyens d'investigation.

Sur notre série de 253 opérés de l'estomac, nous avons relevé 39 gastrites, soit 15 % des cas.

Cette fréquence est très faible comparativement aux données de la littérature.

En effet les pourcentages donnés sont :

SCHINDLER et DA GRADI	55,9 %
FRIEDRICH	60 %
WOLF	50 %
DEBRAY et BOURDAIS	45,6 %
MOULINIER	80 %

Ces chiffres concernent l'aspect endoscopique et non l'aspect histologique dont les anomalies sont encore plus fréquentes.

La très faible proportion de notre série tient à ce que nos investigations n'étaient pas spécialement orientées dans ce domaine, et que seules ont été notées les gastrites importantes et qui, en l'absence d'autres lésions, pouvaient jouer un rôle dans la survenue des troubles.

La fréquence des gastrites réelles est donc certainement plus élevée, ce chiffre de 15 % correspond plutôt aux gastrites sévères.

Nous avons observé :

- 32 gastrites superficielles
- 7 gastrites atrophiques

Nous n'avons pas vu de gastrite hypertrophique.

Ces gastrites se répartissent en fonction de l'intervention première de la façon suivante :

Type intervention	Gastrite super.	Gastrite atro.	Total	
Péan	5	1	6	
Finsterer	16	4	20	31
Antractomie	1	0	1	
Dégastro-gastrectomie	3	1	4	
Vagot. + pyloroplastie	4	0	4	
Vagot. + gastr. ent.	3	1	4	8
	32	7	39	

Les gastrites sont plus fréquentes après chirurgie "mutilante", 17,4 % des cas, qu'après chirurgie "conservatrice", 10,6 % des cas.

Notons également que les gastrites atrophiques sont six fois plus fréquentes après gastrectomie qu'après chirurgie conservatrice.

On peut voir dans ces résultats la confirmation des théories étiopathogéniques des gastrites post-opératoires.

En effet pour l'ensemble des auteurs (DEBRAY et HOUSSET, VAN GEERTRUYDEN, SCHINDLER, etc ...) le facteur essentiel est le reflux alcalin dû aux sucs biliaire et pancréatique.

Ce reflux est plus important après gastrectomie qu'après chirurgie conservatrice ; en effet dans le premier cas s'ajoute à la perte de la fonction pylorique, une perturbation du circuit digestif normal.

Ce dernier phénomène est particulièrement net après anastomose gastro-jéjunale.

En effet dans notre série :

- 21,2 % des gastrectomies type Finsterer ont une gastrite, contre
- 12,7 % des gastrectomies type Péan.

De même si l'on considère avec MOULINIER et DEBRAY, que la gastrite atrophique est un stade évolutif de la gastrite superficielle, il ressort de notre étude que les lésions les plus graves prédominent après gastrectomie.

Un autre facteur a été invoqué par MOULINIER et collaborateurs, il s'agit de la suppression de la sécrétion gastrinique secondaire à l'ablation de l'antre. Ce phénomène expliquerait là encore que les gastrites soient moins fréquentes après chirurgie conservatrice.

Le reflux bilio-pancréatique est vraisemblablement la cause la plus importante des gastrites.

Son affirmation n'est cependant pas toujours aisée. La fibroscopie ne semble pas être le meilleur moyen diagnostic. En effet sur 34 reflux constatés parmi nos 253 patients, les corrélations avec les gastrites sont les suivantes :

	Reflux	Pas de reflux	Total
G. atrophique	0	7	7
G. superficielle	7	25	32
	7	32	39

7 fois sur 34 le reflux s'accompagne de gastrite, soit 20 %, 32 fois sur 39 gastrites il n'est pas noté de reflux.

Il faut noter que sont seulement pris en compte les reflux bilio-pancréatiques vus au cours de l'examen fibroscopique. Il faut conclure que cette méthode n'est pas valable pour leur diagnostic.

Peut-être faut-il y voir un effet de la préméditation.

La symptomatologie clinique des gastrites est très variable ; nous avons noté sur 39 cas :

	Gast. atrophique	Gast. superf.	Total
Douleurs ulcéreuses	1	0	1
Douleurs atypique	4	23	27
Vomissements	3	9	12
Diarrhée	3	4	7
Amaigrissement	5	10	15
Anémie	1	0	1
Hémorragie	1	4	5
Pas de symptome	0	0	0

Il faut retenir :

- la fréquence des douleurs atypiques : 84,6 %
- la rareté des anémies non hémorragiques, 1 cas
- l'absence de gastrites asymptomatiques.

Ce qui confirme bien le caractère particulier de notre série regroupant seulement des gastrites sévères dont la proportion est faible par rapport au nombre total des gastrites.

Le délai d'apparition des gastrites est très variable ; il dépend de l'importance du reflux, des lésions associées (fils notamment), du degré d'intoxication alcoolo-tabagique.

Les délais d'apparition de nos 39 gastrites se répartissent de la façon suivante :

	G. A.	G. S.	Total
Délai immédiat	1	1	1
Moins d'un an	3	11	14
1 à 2 ans		4	4
2 à 5 ans		7	7
plus de 5 ans	3	9	12
	7	32	39

La courbe des délais d'apparition des gastrites après l'intervention présente donc deux pics :

- dans la première année,
- après 5 ans.

Etude radiologique.

La gastrite de l'estomac opéré ne diffère pas à ce point de vue de la gastrite de l'estomac non opéré.

Il est bien certain actuellement, comme l'ont montré de très nombreux travaux, que la radiologie n'est d'aucun secours dans le diagnostic de ces lésions. Il a été démontré qu'il n'y a aucune concordance entre les images radiologiques, les aspects endoscopiques et les lésions histologiques.

Il n'est donc pas étonnant de noter la très faible proportion de diagnostics radiologiques dans notre série : 3 cas seulement qui ont d'ailleurs été confirmés par la fibroscopie et la biopsie. Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'un radiologiste averti peut poser le diagnostic de gastrite : il s'agit alors d'anomalies très importantes du plissement qui est volumineux et diffus. Mais ces cas, répétons-le sont rares, et le risque d'erreur est considérable.

Etude fibroscopique.

L'aspect et l'intensité des gastrites sont variables. Nous avons classé nos 39 cas de gastrite en deux grands groupes, d'après leur aspect fibroscopiques.

Dans les gastrites superficielles (32 cas), la muqueuse est rouge vif, épaissie par l'oedème qui masque le réseau vasculaire. Il peut exister des plages de mucus, épais et adhérent formant parfois des exsudats gris pâles ou jaunâtres. L'insufflation est souvent mal tolérée : les lésions sont diffuses ou localisées à certaines zones, volontiers le corps gastrique et le fundus.

Nous n'avons pas observé de gastrite ulcéreuse.

Dans les gastrites atrophiques les lésions sont d'interprétation plus facile et plus rigoureuse. La muqueuse est pâle avec tous les intermédiaires entre le rose pâle et le blanc nacré. Les plis sont peu nombreux, s'effaçant faiblement sous insufflation. La transparence de la muqueuse est augmentée laissant apparaître la vascularisation sous forme d'une arborisation bleuâtre ou pourpre qui est parfois saillante simulant de véritables plis.

Les meilleurs critères endoscopiques sont le caractère sec, pâle et transparent de la muqueuse, parfois si brillante qu'il faut diminuer l'éclairage. Son siège est variable, rarement diffuse elle prédomine habituellement sur la face antérieure.

Le diagnostic fibroscopique de gastrite a été fait dans les cas suivants :

- gastrite atrophique : 6 fois sur 7
- gastrite superficielle : 28 fois sur 32

Un diagnostic fibroscopique de gastrite superficielle a été infirmé deux fois par les résultats de la biopsie.

En fait ces aspects fibroscopiques doivent être interprétés en fonction des résultats de la biopsie.

On doit tenir compte dans leur interprétation de deux phénomènes : l'un positif, l'autre négatif.

- la prise biopsique sous contrôle de la vue permet de faire les prélèvements dans les

zones pathologiques et d'éviter de prélever de la muqueuse saine lorsque la gastrite est en plages.

- la taille des fragments biopsiques est très petite et le traumatisme que fait subir la biopsie à ce minuscule copeau peut suffire à entraîner des anomalies histologiques qui faussent les résultats.

Les fragments obtenus ne sont pas comparables à ceux que fournissent les biopsies par aspiration avec la sonde de DEBRAY.

Ajoutons enfin que nous n'avons pas pratiqué de biopsies systématiques de ces gastrites, ni à fortiori bien entendu de l'ensemble des muqueuses gastriques observées fibroscopiquement.

Par contre les prélèvements biopsiques, lorsqu'ils ont été faits, ont toujours été multiples, trois au minimun.

Nous avons considéré que la biopsie était positive lorsque les conclusions histologiques confirmaient le diagnostic fibroscopique.

- soit altérations du revêtement épithélial et infiltrat inflammatoire lymphoplasmocytaire dans les gastrites superficielles,
- soit ces mêmes lésions avec en plus une involution des tubes fundiques dans les gastrites atrophiques.

Nous avons considéré que le résultat était négatif lorsque le fragment biopsique était indemme de lésion.

Les résultats sont les suivants :

Gastrites superficielles

		Biopsie posit.	Biopsie négat.	Total
Diagnostic fibroscopique	positif	15	2	17
	négatif	4	-	4
		19	2	21

Sur les 34diagnostics de gastrite superficielles (32 considérés comme certains et 2 diagnostics fibroscopiques infirmés par la biopsie) il n'y a eu que 21 biopsies.

15 fois sur 17 la biopsie confirme la fibroscopie, mais 13 fois une gastrite superficielle vue en fibroscopie n'a pas été biopsiée.

4 fois sur 19, soit dans 21 % des cas, la gastrite n'avait pas de traduction endoscopique.

2 fois sur 17 diagnostics fibroscopiques, le résultat de la biopsie a été négatif, soit 11,7 %.

Au total dans les gastrites superficielles, la fibroscopie donne comparativement à l'anatomo-pathologie :

21 % de résultats faussement négatifs,
11,7 % de résultats faussement positifs.

Gastrites atrophiques

		Biopsie posit.	Biopsie négat.	Total
Diagnostic fibroscopique	positif	2	1	3
	négatif	1	-	1
		3	1	4

Il n'a été pratiqué que 4 biopsies dans les gastrites atrophiques.

Une fois le diagnostic fibroscopique a été infirmé, une fois la gastrite n'avait pas été noté en fibroscopie.

Il est difficile de tirer des arguments statistiques de ce petit nombre de cas.

Notre impression globale est néanmoins que les corrélations histo-endoscopiques sont meilleures dans la gastrite atrophique que dans la gastrite superficielle.

Néanmoins les discordances restent fréquentes : il y a discordance entre la fibroscopie et l'anatomo-pathologie dans 32 % des cas.

L'ensemble de la littérature confirme ces données. Pour BENEDICT sur une série de 50 opérés de l'estomac ayant eu biopsie et endoscopie : 44 % de discordances.

Ces chiffres sont confirmés par DEBRAY et HOUSSET, par MOULINIER, par SARACCO.

En définitive :

- Le diagnostic de gastrite ne peut être affirmé que par les documents biopsiques, en tenant compte de certaines possibilités d'erreurs.
- Les discordances entre l'anatomie pathologique et la fibroscopie sont fréquentes : 32 % des cas.
- L'examen radiologique n'est d'aucune aide dans le diagnostic de gastrite.

- La valeur pathologique de la gastrite est faible. Le fait que dans notre série aucune gastrite n'ait été asymptomatique ne dément pas cette donnée. Nous n'avons retenu que les gastrites suffisament intenses pour jouer un rôle dans la génèse des troubles.

Nous rejoignons DEBRAY, SCHINDLER, FRIEDRICH, JOSKE, LEES, WOLF, HAUBRICH, pour penser que la gastrite est d'une très grande fréquence chez les opérés de l'estomac et qu'elle n'a que rarement une signification clinique.

LES STOMITES ET LES ANOMALIES DE LA BOUCHE D'ANASTOMOSE

Nous entendons par stomite les modifications inflammatoires localisées à la bouche d'anastomose.Elles méritent d'être isolées du cadre des gastrites non pas en raison de leur symptomatologie ou de leur nature histologique,mais en raison de leurs caractères étiologiques particuliers et des problèmes diagnostiques qu'elles posent. Les fils de suture résiduels et les granulomes sur fil sont fréquents,leur rôle dans la génèse des troubles est discuté.

Sur 253 opérés de l'estomac nous avons observé:

24 stomites	soit 9,4%
24 cas de fils résiduels	soit 9,4%
12 cas de granulome sur fil	soit 4,7%

Ces lésions sont associées de la façon suivante:

stomite+fil 7 cas soit 29,1% des stomites

stomite+granulome 2 cas soit 8,3% des stomites

dans 2 cas les granulomes sur fil sont associés à une gastrite diffuse

dans 3 cas les fils résiduels sont associés à une gastrite diffuse

Au total dans 14 cas,des fils isolés ou accompagnés d'un granulome sont associés à une atteinte de la muqueuse, localisée à la bouche(9 cas) ou diffuse à tout l'estomac (5 cas).La présence de fils intervient de façon certaine dans la génèse des stomites(CRISMER),mais d'autres facteurs interviennent également:

- le reflux bilio-pancréatique,et la stomite n'est alors que le premier stade de la gastrite.6 fois sur 24 stomites a été constaté un reflux soit 25% des cas,mais là encore il ne s'agit que de reflux constaté lors de l'endoscopie.

- les ulcères anastomotiques peuvent être retenus dans 3 cas(12,5% des cas) comme la cause directe de la stomite.

La fréquence des stomites observées est plus faible que celles données par la littérature:

- 28,4% pour MOUTIER sur 338 observations de gastrectomisés,dont 51% des cas secondaires à des fils
- plus de 90% des cas pour MOULINIER,dont 13,3% sur fils.

Ces chiffres très variables tiennent au fait que nous n'avons considéré dans ce chapitre que les stomites isolées,sans atteinte du reste de la muqueuse gastrique.Le pourcentage des fils est très variable,il dépend des techniques chirurgicales et varie avec elles.

Type de la première intervention

Type	stomite	fils	granulome sur fil
Péan	5	9	3
Finsterer	11	4	3
G. pol. sup.	0	1	2
G. totale	0	2	2
Pyloroplastie	-	3	1
Gastr. enter.	4	2	0
Antrectomie	0	1	1
Degastr.-gastr.	4	2	0
Total	24	24	12

On peut retenir que les stomites sont plus fréquentes après chirurgie d'éxérèse(11,4%) qu'après gastro-entéro-stomie(5,3%).

Les troubles cliniques se répartissent de la façon suivante:

	stomites	fils et granulomes
Douleurs atypiques	18 (75%)	19 (52,7%)
Amaigrissement	10 (41,6%)	12 (33,3%)
Vomissements	7 (29,1%)	6 (16,6%)
Hémorragie	2 (8,1%)	8 (22,2%)

L'interprétation de ces signes est variable avec le type de lésion en cause.Les douleurs atypiques,les vomissements sont parfaitement compatibles avec une stomite isolée,mais leur rôle dans la survenue d'hémorragies est plus douteux,nous y reviendrons(cf chapitre hémorragies).Le rôle des fils isolés ou avec granulome dans la génèse des troubles rapportés est également discutable.Il est certain que des fils de suture isolés peuvent être responsables de manifestations cliniques authentiques,la preuve en étant administrée par leur disparition après ablation du fil(AUGUSTE,MOUTIER). Il nous a été donné d'observer un tel fait après ablation du fil au cours de la fibroscopie,le fil ayant pu être saisi par la pince à biopsie.Cependant de l'avis général les troubles ne peuvent être rapportés à ces causes qu'après élimination des autres diagnostics.

Le délai d'apparition des troubles est le plus souvent bref,au cours de la première année suivant l'intervention

Délai	immédiat	moins de 1 an	1 à 2 ans	2 à 5ans	+ de 5 ans
Stomite	1	15	0	4	4
Fils	1	17	2	4	0
Granulome	3	4	1	2	2
Total	5	36	3	10	6

L'examen radiologique est de peu d'apport.Certes des anomalies de la bouche sont fréquemment vues et l'on note en particulier souvent à son niveau des images lacunaires,mais il est impossible sur le seul examen radiologique de formuler un diagnostic précis.On ne peut sur les films,faire la différence entre stomite,granulome sur fil et fausses images dues à la suture;on ne peut non plus chez un patient opéré d'un cancer distinguer avec certitude les remaniements inflammatoires des récidives cancéreuses au début.

C'est ainsi que le diagnostic radiologique de stomite n'a été porté que 4 fois sur 24(16,6%). De même le diagnostic de granulome sur fil n'a été porté radiologiquement qu'une seule fois et le diagnostic fut infirmé par la fibroscopie.Quant aux fils résiduels,ils ne peuvent bien sûr être décelés par la radio.La rareté de ces diagnostics radiologiques tient au fait qu'averti de leurs difficultés,le radiologue pose souvent,par prudence,un diagnostic par excès.C'est ainsi que la récidive cancéreuse au niveau de la bouche est fréquemment envisagée(cf chapitre cancer)

En fibroscopie le diagnostic est de difficulté variable.La vision d'un fil libre ou enchassé dans la muqueuse,d'une saillie polypoïde d'où sourd l'extrémité d'un fil ne prête pas à discussion.Le diagnostic de stomite se heurte aux mêmes difficultés que celui de gastrite. Les modifications de la muqueuse rouge,mate,oedématiée avec des plis volumineux,ne concordent pas toujours avec les modifications histologiques.

Sur les 7 stomites biopsiées:

- 3 fois les lésions de gastrite superficielle ont confirmé le diagnostic
- 4 fois la biopsie a été négative

En conclusion les stomites et les fils résiduels entrainent une symptomatologie peu évocatrice et leur diagnostic ne peut être fait que par la fibroscopie. Les fils résiduels et les granulomes sur fils ne doivent être retenus que comme diagnostics d'élimination,mais leur rôle dans l'apparition des troubles peut être réel ainsi qu'en témoignent les améliorations après leur ablation. Les stomites comme les gastrites sont fréquemment infirmées par la biopsie.

PATHOLOGIE DU HIATUS OESOPHAGIEN

La description des complications hiatales des interventions gastriques est relativement récente, pourtant ses lésions sont fréquentes et surtout souvent importantes. Leur étiologie a prêté à discussion, mais l'on peut considérer qu'en dehors des troubles méconnus lors de la première intervention, il existe des lésions de la jonction gastro-oesophagienne qui sont réellement secondaires à l'intervention (LATASTE).

- L'anatomie de la région du hiatus est modifiée par le chirurgien même s'il n'y a pas d'abord direct comme lors des vagotomies. La mobilisation de l'estomac au cours de l'intervention, la section de l'artère coronaire stomachique, modifient l'équilibre dynamique de la région.

- La stase gastrique, les perturbations de la fonction de réservoir de l'estomac, favorisent le reflux gastro-oesophagien.

- Ce reflux gastro-oesophagien est en règle alcalin (suc bilio-pancréatique), ce qui explique la présence de lésions muqueuses malgré la disparition ou la forte diminution de l'acidité gastrique qui doit logiquement suivre l'intervention.

- Enfin, les troubles métaboliques, la dénutrition, fréquents chez les gastrectomisés, peuvent jouer un rôle dans la création de cette "faiblesse" du sphincter hiatal.

Nous avons retenu dans cette étude tous les cas de reflux gastro-oesophagien, de hernie hiatale et d'oesophagite qu'ont présenté nos 253 patients, sans tenir compte

de leur existence avant l'intervention.

Rappelons que tous les sujets opérés pour hernie hiatale, ont été exclu de cette série, et qu'en généralle chirurgien, à l'heure actuelle, réalise au cours de l'intervention, la cure d'une hernie hiatale ou d'un reflux si la radiographie pré-opératoire a montré une anomalie. Malgré cette précaution courante, il apparaît un certain nombre de troubles qui peuvent donc réellement être considérés comme des complications de l'intervention gastrique.

Notre étude n'a pas comporté de recherche systématique d'une hernie hiatale ou d'un reflux gastro-oesophagien. Seules ont été notées les anomalies importantes ou celles qui coïncidaient avec une symptomatologie évocatrice.

Sur 253 patients nous avons relevé :

- Reflux gastro-oesophagien 22 cas soit 8,6 %
- Hernie hiatale 10 cas soit 3,9 %
- Oesophagite 14 cas soit 5,5 %
  dont 4 oesophagites sténosantes soit 28,4 % des oesophagites.

Ces lésions étaient associées de la façon suivante :

- toutes les oesophagites étaient associées à un reflux gastro-oesophagien.
- 5 oesophagites étaient associées à une hernie hiatale.
- 8 fois (dont 5 cas avec hernie hiatale) le reflux gastro-oesophagien était parfaitement toléré.

.../...

Ces lésions ont été observées dans les interventions suivantes :

Type d'intervention	Oesophagite	Oesophagite sténosante	Reflux G.O.	Hernie hiatale
Péan	0	0	0	1
Finsterer	4	2	11	6
Gastrectomie polaire supérieure	4	1	7	0
Gastrectomie totale	0	0	1	0
Pyloroplastie + vagotomie	0	0	0	1
Gastro-entérostomie + vagotomie	2	1	3	1
Antrectomie	0	0	0	1
	10	4	22	10

En tenant compte des associations de ces lésions entre elles, on obtient les chiffres suivants :

Type d'intervention	Nombre de cas total	Nb. de malades ayant une anomalie hiatale ou oesophagienne.	%
Péan	47	1	2,1
Finsterer	94	17	18
Gastrectomie polaire supérieure	9	6	66,6
Gastrectomie totale	5	1	20
Vagotomie + Pyloroplastie	23	1	4,3
Vagotomie + Gastro-entérostomie	28	4	14,2
Antrectomie	7	1	14

Il faut retenir de ces chiffres :
- la fréquence des troubles dans les interventions type Finsterer comparativement aux interventions type Péan.
- la fréquence, attendue, des troubles après gastrectomie polaire supérieure.

Dans cette série, une place particulière doit être faite aux oesophagites; leur fréquence globale 5,5 % est semblable à celle qu'indique LATASTE (4 %), mais il faut remarquer la présence de 4 formes majeures, sténosantes, dont la fréquence dans la littérature est faible : MAC KEOWN en rapporte 2 cas en I958, COX en rapporte 3 cas en I96I.

Les signes cliniques invoqués sont très variables et souvent atypiques ainsi qu'en témoigne le tableau suivant :

Type de lésions.

Symptômes	Oesophagite	Oesophagite sténosante	Reflux gast.oes.	Hernie hiatale	Total
Douleurs atypiques	3	-	2	6	11
Vomissements	-	-	-	2	2
Amaigrissements	2	2	2	2	9
Reflux hiatal	4	2	-	3	9
Dysphagie	2	4	2	1	9
Pas de symptôme	1	-	1	-	2

Il faut retenir :

- la possibilité d'une parfaite tolérance clinique même dans le cas d'oesophagie.
- la relative rareté du syndrome clinique de reflux qui, lorsqu'il existe (18 cas au total),

n'est rapporté que 9 fois, soit 50 % des cas, à une lésion du hiatus.

Cette discordance entre les signes cliniques et les lésions retrouvées a été notée par les auteurs, et notamment par LATASTE.

La Radiologie est un temps capital du diagnostic. Nous n'insisterons pas sur la nécessité d'une recherche systématique d'un reflux gastro-oesophagien et d'une hernie hiatale.

Seule l'absence de méthode peut expliquer que le diagnostic radiologique n'ait été fait que :

9 fois sur 22 dans les reflux gastro-oesophagiens
6 fois sur 10 dans les hernies hiatales.

Par contre le diagnostic a été fait
- dans les oesophagites sténosantes, 4 fois sur 4
- dans les oesophagites simples, 1 fois sur 10.

Ce dernier chiffre démontre bien que les lésions purement muqueuses ne peuvent être que rarement vues en radiologie.

L'endoscopie permet le diagnostic de hernie hiatale ou de reflux gastro-oesophagien.

A condition que l'appareil soit adapté (vision axiale), une hernie hiatale doit être vue en fibroscopie.

L'observation du reflux gastro-oesophagien est, comme pour tout reflux, surtout affaire de chance.

Par contre, la fibroscopie présente un intérêt capital dans le diagnostic des oesophagites :

- dans les oesophagites superficielles, elle

seule permet de voir les anomalies de la muqueuse et éventuellement de les biopsier.

- dans les oesophagites sténosantes, elle confirme le diagnostic radiologique ; elle permet d'éliminer la récidive cancéreuse souvent difficile à infirmer radiologiquement.

Dans les oesophagites superficielles, la muqueuse est habituellement rouge, mate; dans les formes atrophiques, elle est rose pâle voire blanc nacré.

Les sténoses sont souvent punctiformes, centrales et régulières. Les biopsies n'ont été que rarement pratiquées : 3 fois sur 14 oesophagites.

Dans les 3 cas le diagnostic histologique a confirmé les données de la fibroscopie.

En définitive :

- Les complications hiatales et oesophagiennes des interventions gastriques sont relativement fréquentes (12,2 %) ; elles sont volontiers sévères : 14 oesophagites dont 4 oesophagites sténosantes.

- La concordance entre les signes cliniques et les lésions trouvées est faible : 50 %.

- L'examen radiologique doit mettre en évidence les reflux gastro-oesophagiens et les hernies hiatales ; il montre bien les oesophagites sténosantes.

- La fibroscopie est indispensable :
  . car elle seule permet, couplée aux biopsies, d'affirmer les oesophagites superficielles ;
  . car elle permet d'éliminer dans les oesophagites sténosantes, les suspicions de cancérisation.

LES HEMORRAGIES

Comme dans toute hémorragie digestive haute la fibroscopie est le temps essentiel de l'examen des opérés de l'estomac qui saignent.

Nous rapportons ici tous les cas d'opérés de l'estomac dont la fibroscopie a été motivée par une hémorragie digestive.Il s'agit toujours d'une hémorragie macroscopique,extériorisée par voie haute ou basse.Nous n'avons pas tenu compte de l'importance de l'hémorragie parfois bien tolérée,parfois cataclysmique n'autorisant l'exploration fibroscopique qu'au lit du malade.Le plus souvent ces hémorragies surviennent à distance de l'intervention,dans quelques cas le saignement s'est produit dans la période post-opératoire.

Nous avons recueilli 54 cas d'hémorragie digestive chez nos 253 opérés de l'estomac soit 21%.

La fréquence de cette complication de la chirurgie gastrique est diversement appréciée.Les premières publications sont relativement récentes (HOLLENDER et ADLOFF:1959),elles font état de cas isolés.Les pourcentages cités depuis par les différents auteurs sont les suivants:

GIRARD et MARTIN: 14,2% sur 105 gastrectomisés
MOUTIER: 8,2% sur 338 gastrectomisés
HAGUENAUER: 1% sur 400 gastrectomisés

La fréquence élevée de notre série tient certainement au recrutement particulier du centre d'hémorragies digestives de l'hopital Saint-Antoine.Signalons que 15 fois a été retrouvé la notion de prise de médicaments hémorragipares.

Nous avons retrouvé dans ces 54 cas les lésions suivantes:

Ulcères anastomotiques	17 cas	Groupe I 34 cas soit 63%
Ulcères gastriques	2 cas	
Ulcères duodénaux	2 cas	
Ulcères aigus	3 cas	
Cancers évidents	5 cas	
Gastrite hémorragique	1 cas	
Varices oesophagiennes	2 cas	
Oesophagites	2 cas	

Hernie Hiatale	3 cas	Groupe II 20 cas soit 37%
Granulome sur fil	3 cas	
Fil résiduel	5 cas	
Stomite	2 cas	
Pas de lésion	7 cas	

Ces différentes lésions ont été regroupées en deux catégories suivant l'importance que l'on pouvait leur attribuer dans la génèse de l'hémorragie.

En effet si les lésions du premier groupe sont certainement responsables de l'hémorragie,il est difficile d'affirmer qu'une hernie hiatale,des fils ou une stomite sont la cause certaine du saignement.En faveur de leur origine exclusive peuvent cependant être retenus:

- la connaissance d'accidents hémorragiques au cours de l'élimination de fils(AUGUSTE et PARIS)
- un cas de notre série ou l'hémorragie a été vue au point d'émergence d'un fil résiduel (mais il s'agissait d'un hémophile)
- le fait que sur ces 13 cas de lésions douteuses l'exploration fibroscopique a été parfaite 10 fois éliminant toute autre cause d'hémorragie haute.

8 fois sur 54 l'examen fibroscopique a été considéré comme incomplet,susceptible d'avoir laissé passer la lésion qui saignait:

- 6 fois l'appareil était inadapté
- 5 fois il n'a été vu aucune lésion
- 3 fois ont été vus: une hernie hiatale
  un granulome sur fil
  des fils résiduels

  mais qui n'étaient vraisemblablement pas la cause de l'hémorragie,la bouche anastomotique n'ayant pu être franchie.

En définitive les diagnostics portés dans ce deuxième groupe sont plutôt des diagnostics d'élimination,avec la réserve que la constatation d'un caillot à leur niveau permet d'affirmer leur rôle.

L'avantage majeur de la fibroscopie est en effet de préciser la lésion qui saigne.Les associations de multiples lésions sont fréquentes:ulcère gastrique et ulcère duodénal,ulcère aigu et varices oesophagiennes, ulcère aigu et fils résiduels.Cette précision capitale pour la conduite thérapeutique ne peut être apportée que par la fibroscopie,et doit donc la placer au premier rang des investigations chez les opérés de l'estomac qui saignent.

En outre le pourcentage de diagnostics fait par la fibroscopie dans les lésions du premier groupe est de 79,4% (27 fois sur 34),alors que celui des diagnostics radiologiques est de 41%.La fibroscopie en matière d'hémorragies donne donc deux fois plus de résultats que la radiologie. Quant aux lésions du deuxième groupe,hormis la hernie hiatale, elles ne peuvent être affirmées que par l'endoscopie.

En conclusion de cette série de 54 cas d'hémorragies hautes chez des opérés de l'estomac,il faut retenir:

- la multiplicité des lésions hémorragipares,en notant cependant la grande fréquence des ulcères anastomotiques.
- la nécessité de pratiquer l'examen fibroscopique car:
    * ses résultats sont très supérieurs à ceux de la radio
    * lui seul peut montrer la lésion qui saigne.
- la difficulté d'imputer l'hémorragie à certaines lésions minimes.

LESIONS DIVERSES

En marge des grands chapitres de la pathologie,l'étude de 253 estomacs opérés nous a permis de recueillir quelques observations qui illustrent,là encore,la multiplicité des diagnostics a envisager chez ces patients:

Tumeurs bénignes gastriques

Nous en avons observé trois cas,survenant chez des sujets opérés tous trois d'un ulcère. L'un d'eux avait eu une gastrectomie type Finsterer,les deux autres une vagotomie + gastro-entérostomie.Dans les trois cas ces tumeurs ont été vues en fibroscopie sous forme de bourgeons sessiles,réguliers,non hémorragiques, dont la biopsie a confirmé la bénignité.Une seule fois la lésion avait été décelée par la radiologie.

Prolapsus jéjuno-gastrique

Nous n'en avons rencontré qu'un cas après Finsterer,diagnostiqué par la fibroscopie qui a aisément montré l'invagination de la muqueuse jéjunale à travers la bouche d'anastomose.Cette lésion a été décelée trois ans après l'intervention,plus tôt que d'habitude (LESOURD),sans doute est-ce la raison pour laquelle elle n'entrainait qu'une symptomatologie minime.Elle ne s'était pas extériorisée au cours de la radiographie.

Bezoard

Nous en avons observé un cas.
"Un homme de 69 ans ayant subi trois ans auparavant une gastro-enterostomie et une vagotomie pour un ulcère du bulbe, présentait depuis peu des vomissements.Deux séries de radiographies à huit jours d'intervalle montraient toutes deux une lacune fixe de la région antrale.La fibroscopie a montré qu'il s'agissait d'un bezoard et il aété possible,en poussant

le corps étranger avec la pince à biopsie,d'observer la bouche de gastro-entérostomie qui était normale."

Tumeur bénigne de l'anse afférente

Un cas:

"Un homme de 66 ans gastrectomisé pour cancer(Finsterer), se plaint dans l'année qui suit son intervention de vomissements.La radio montre une sténose de l'anse efférente et une dilatation monstrueuse de l'anse afférente.Le fibroscope s'engage dans l'anse afférente où l'on découvre,au niveau du cul de sac duodénal,une masse d'aspect villeux dont les biopsies ne montrent aucun caractère de malignité. L'anse efférente n'a pu être explorée en raison de la sténose.L'évolution de ce cas nous est restée inconnue."

Anomalies du montage chirurgical

Certaines malfaçons de montage peuvent être mises en évidence par la fibroscopie:

- la mauvaise situation d'une bouche de gastro-entérostomie:elle doit siéger en aval du pilier postérieur de l'ogive antrale.Nous avons constaté 5 fois une situation à l'évidence anormale.
- la mauvaise suspension de l'anse afférente d'un montage à la Finsterer:normalement l'anse bien suspendue a un orifice difficile à voir dans lequel on ne peut que rarement s'engager.3 fois nous avons noté une mauvaise suspension de l'anse afférente.

CONCLUSIONS

A propos de 253 cas de fibroscopies pratiquées chez des patients opérés de l'estomac,nous avons fait une revue des séquelles de la chirurgie gastrique et tenté de préciser l'apport diagnostique de la fibroscopie par comparaison avec la radiologie dont ont bénéficié 245 malades.

Ces 253 patients avaient été opérés pour des motifs très divers et avaient subi l'une ou l'autre des interventions gastriques courantes (à l'exception des cures de hernies hiatales et des sutures simples,éliminées de principe).

Pratiquement tous présentaient des signes cliniques,extrèmement variables,et dont a posteriori la valeur d'orientation est apparue faible.

Le diagnostic des troubles présentés par ces patients est difficile,tant par la radiologie que par la fibroscopie:

- -car les modifications morphologiques et cinétiques de l'estomac opéré compliquent les techniques diagnostiques,
- -car il est difficile devant des lésions mineures d'apprécier leur importance réelle dans la génèse des troubles ressentis.

Si 45 patients avaient radiologiquement,fibroscopiquement voire anatomiquement un estomac normal avec un montage parfait et pouvaient donc être classés dans la rubrique "pathologie fonctionelle",208 présentaient des lésions oesophagiennes,gastriques,duodénales ou jéjunales.

La nature de ces lésions va du cancer à l'inflammation muqueuse en passant par l'ulcère,les tumeurs bénignes et certains troubles patents du fonctionnement gastrique (reflux gastro-oesophagien,reflux bilio-pancréatique).

Dans 100 cas sur 208 soit dans 48% des cas a été mise en évidence une lésion majeure,certainement responsable de la symptomatologie.

Il s'agit de:

48 ulcères (gastriques,duodénaux ou anastomotiques)
34 cancers
14 oesophagites
4 tumeurs bénignes

Le diagnostic de ces lésions a été fait:

76 fois par la fibroscopie 76%
54 fois par la radiologie 54%

Dans 144 cas,diversement associés aux précédents, a été découverte une lésion réelle mais de signification pathologique plus douteuse.Il s'agit de:

64 gastrites et stomites
36 fils résiduels et granulomes sur fils
34 reflux bilio-pancréatique ou gastro-oesophagien
10 hernies hiatales

Ces diagnostics ont été établis:

134 fois par la fibroscopie 93,7%
28 fois par la radiologie 19,5%

L'apport de la fibroscopie,épaulée par la biopsie, dans l'étude de l'ensemble de la pathologie des estomacs opérés,est donc très net.

Au cours de cette étude deux indications nous ont paru devoir être distinguées:

- les hémorragies,fréquentes dans notre série(21%),
  car la fibroscopie permet un diagnostic deux fois plus souvent que la radiologie,
  car seule la fibroscopie peut préciser,parmi les multiples lésions que peut présenter un estomac opéré,celle qui est responsable de l'hémorragie.
- les cancers,
  car quelle que soit leur origine,récidive ou greffe après intervention bénigne,seule la fibroscopie peut permettre un diagnostic précoce.

Cette affirmation est étayée par l'observation de deux cas de cancers superficiels,dont l'un tout à fait remarquable n'a été diagnostiqué que grâce aux biopsies systématiques de la bouche d'anastomose.
De tels faits nous conduisent à penser que les patients opérés d'un cancer de l'estomac doivent bénéficier d'une surveillance fibroscopique systématique étayée par des biopsies de principe même en l'absence de lésions macroscopiques.
Ainsi pourrait être réalisé un véritable dépistage des récidives cancéreuses.

En définitive,seule ou associée aux autres méthodes diagnostiques,la fibroscopie représente la technique de choix pour l'étude des estomacs opérés.

BIBLIOGRAPHIE

AUGUSTE et PARIS

Rôle des fils de suture dans les stomites consécutives à la gastrectomie pour ulcère

Arch. Mal. App. Dig. 35:143,1946

BREMER et DEGRAEF

Les hémorragies digestives des gastrectomisés

Lyon Chir. 57:364,1961

CHARRIER et GUTMAN

A propos du traitement chirurgical de l'ulcus peptique post-opératoire

Arch. Fran. Mal. App. Dig. 24:721,1935

COX

Oesophagal stenosis after partial gastrectomy

Brit.Jour. Surg. 49:307-13,1961

CRISMER

Les stomites chroniques après gastrectomie type Polya-Finsterer

Act. Hep. Gastr.de l'Hotel-Dieu I3:194-207,1965

CORNET

L'avenir des gastrectomisés:gastrites et stomites secondaires

Sem. Med. 27:1028,1951

DEBRAY,LAUMONNIER etHOUSSET

La muqueuse des moignons des gastrectomisés aux 2/3

Arch. Fran. Mal. App. Dig. 45:373,1956

DEBRAY et HOUSSET

Complications du moignon des gastrectomisés

Act. Hep. Gastr. de l'Hotel-Dieu 13:179,1965

DEBRAY,ROUX,CHEVILLOTTE et SEGAL

Cancer du moignon gastrique après gastrectomie pour ulcère

Arch. Fran. Mal. App. Dig. 39:702,1950

FONTAINE

Etude radiologique de 7 cancers développés sur des moignons de gastrectomie pour ulcère
J. Rad. Elec. 43:465-69,1962

DELANNOY

Cancer de l'estomac opéré pour ulcère
Act. Hep. Gastr. de l'Hotel-Dieu
13:161,1965

GIRARD et MONTBARDON

Valeur des signes radiologiques dans le diagnostic de l'ulcère peptique
Arch. Fran. Mal. App. Dig. 41:128-131,1952

GIRARD,MARTIN,MESTRALLET et CAILLOT

Les hémorragies des gastrectomisés pour ulcère (hémorragies de la période post-opératoire exceptées)
J. Med. Lyon 41:965,1960

HAUBRICH

Sequellae of gastric surgery for peptic ulcer
in BOCKUS Gastroenterology
Vol I Saunders editor: Philadelphia 1963

HILLEMAND

A propos des ulcères peptiques du jéjunum
Arch. Mal . App. Dig. 24:715-19,1935

HILLEMAND

Résultats tardifs de la gastrectomie des deux tiers pour ulcère
Arch. Fran. Mal. App. Dig. 41:747-53,1952

HOLLENDER et ADLOFF

Les hémorragies digestives post-gastrectomiques
Arch. Mal. App. Dig. 48:153,1959

FRIEDRICH

The gastroscopic appearance of the resected stomach
Gastroenterologia 86:775,1956

JOSKE,FINCHK and WOOD

Gastric biopsy
Quart. J. Med. 24:269,1955

KIEFER & SEDGWICK

Marginal ulcer following partial or subtotal gastrectomy
Surgical Clinics Nor. Amer. 44:641-52,1964

KITAJIMA

Endoscopic and Roentgenological observation of post-operative gastric remnant

Iryo 21:61,1967

KIYOTAKA

Endoscopic observations of the post-operative gastric remnant

Osaka City Med. J. I6:79,1970

LATASTE & GONTHIER

Les reflux gastro-oesophagiens après gastrectomie distale

Presse Med. 20:1025,1967

LAMBLING & GUERET

Contribution à l'étude radiologique de l'ulcère peptique post-opératoire

Arch. Mal. App. Dig. 43:273-284,1954

LEBON,CLAUDE,DURAND,LEUTENEGGER

Hémorragies digestives post-gastrectomiques

Arch. Mal. App. Dig. 49:1504,1966

LECOMTE,MONGES & LEGRE

A propos de 23 cas de cancers sur moignon gastrique

J. Rad. Elec. 46:557-61,1965

LEES & GRANDJEAN

The gastric and jejunal mucosae in healthy patients with partial gastrectomy

AMA Arch. Int. Med. 101:943,1958

LESCURD

Résultats d'une statistique homogène de 844 gastrectomies des deux tiers pour ulcère

Thèse Paris 1965

LEVRAT,PASQUIER & CROISILLE

Les cancers du moignon gastrique après gastrectomie pour ulcère

Rev. Lyonn. Med. 12:691,1963

MAC KEOWN

Oesophagal stenosis after partial gastrectomy

Brit. Med. J. II:819,1958

MONGES

Hernie hiatale et reflux gastro-oesophagien chez les gastrectomisés sub-totaux

Arch. Mal. App. Dig. 43:1074,1954

MOREAUX & LE QUINTREC

Les ulcères anastomotiques

Rev. Prat. XX 16:2635-2659,1970

MOULINIER,GRENIER-DOLEY,BRUHIERE,TRUCHOT & ANDRE

L'estomac opéré pour ulcère,aspects endoscopiques et histologiques(à propos de 367 observations)

Congrès S.M.I.E.R. sept. 71 Liège (à paraître)

MOULINIER,TRUCHOT & BERGER

La pathologie non tumorale des moignons de gastrectomie (étude par fibroscopie et biopsies dirigées)

à paraître

MOUTIER & CORNET

Les suites graves des gastrectomies pour ulcère duodénal

Arch. Mal. App. Dig. 39:1209,1950

MOUTIER & CORNET

Les gastrites

I vol. Masson Editeur Paris 1955

MYREN & BURHOL

Gastroskopi av Ventrikelopererte pasienter med Fleksibelt Fibergastroskop

T. Norsk. Legeforen 87:1677,1967

PACK & BANNER

The late development of gastric cancer after gastro-enterostomy and gastrectomy for peptic ulcer and benign pyloric stenosis

Surgery 44:1024-33,1958

PERROTIN,HOLLENDER,VALIDIRE & GRENIER

Ulcères peptiques après gastrectomie

Rapport au 60° congrès Français de Chirurgie Paris 1958

PORCHER

Radiologie clinique de l'estomac opéré

Masson et cie Paris 1957

PYGOTT

Gastric cancer after gastrectomy
Gut 9:117-124,1968

SAEGESSER

Cancers sur moignon de gastrectomie pour ulcère
Arch. Fran. Mal. App. Dig. 59:659-74,1970

SARACCO,BALZOLA & LOMBARDO

Studio del moncone gastrico:raffronte tra gli esami gastroscopico,bioptico e radiologico
Minerva Gastr. Ent. 12:141-5,1966

SCHINDLER & DA GRADI

Gastroscopic observation following various types of surgery for gastroduodenal ulcer
Surg. Gyn. Obst. 100:78,1955

SCHULMAN

Anastomotic,gastrojejunal ulcer:accuracy of radiological diagnosis in surgically proven cases
Brit. J. Rad. 44:422-433,1971

SIURALA

Gastrites chroniques et cancer de l'estomac
Rev. Med. 11:523-31,1970

VANKEMMEL

Les cancers du moignon gastrique après gastrectomie pour ulcère
Thèse Lille 1964

WINDSOR

Gastro-oesophageal reflux after partial gastrectomy
Brit. Med. J. II:1233,1964

WYCHULIS,PRIESTLEY & FOULK

A study of 360 patients with gastro-jejunal ulceration
Surg. Gyn. Obst. 122:89-99,1966

VAN GEERTRUYDEN

Facteurs responsables de l'achlorhydrie après gastrectomie
Act. Gastr. Bel. 20:648-712,1957

WOLF,ROSSMAN & FLOOD

Gastroscopic finding in patients with subtotal gastretomy
Gastroenterology 32:1050,1957